

## AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES  
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N° 74

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINE

Influence du stage chez le médecin généraliste sur  
l'empathie des externes

Présentée et soutenue publiquement  
le 25 juin 2015

Par

***Cora LUCET***

Née le 18 juillet 1985 à l'Union (31)

Dirigée par Mme Le Docteur Céline Buffel du Vaure

Jury :

M. Le Professeur Philippe Jaury ..... Président

M. Le Professeur Claude Attali

M. Le Professeur Alain Cariou



Except where otherwise noted, this work is licensed under  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>



## Remerciements

Au Docteur Céline Buffel du Vaure, merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, et de m'avoir soutenue et aidée si régulièrement.

Au Professeur Philippe Jaury, merci de me faire l'honneur de présider cette thèse, et d'en avoir eu l'inspiration.

Au Professeur Claude Attali, merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et d'avoir accepté de faire partie de mon Jury de Thèse.

Au Professeur Alain Cariou, merci de votre disponibilité et de votre présence aujourd'hui.

Au Professeur François Goupy, merci de m'avoir fournie la version française de la JSPE-MS.

Aux étudiants de DCEM 3 et DCEM 4, année 2013/2014, pour avoir pris le temps de répondre à mes questionnaires.

Mes remerciements et ma reconnaissance vont également à ceux qui m'ont formée pendant l'internat.

A Brigitte, Judith et Diane, vous êtes mon socle dans la vie. Merci particulièrement à Judith pour sa relecture si professionnelle.

A Mathieu, Thibault et Milan, qui sont venus agrandir la famille.

A mes amis, qui, malgré mes rabâchages, m'ont soutenue avec empathie.

A Charlotte, qui m'a accompagnée tout au long de ces études. Ça y est, on en voit le bout ! Merci pour ces après-midi à la bibliothèque à ne pas travailler et pour la relecture consciencieuse.

Merci à Alex pour son soutien au quotidien, son aide avec l'informatique, sa relecture, et ce malgré mon choix de ne pas faire de thèse sur la pyélonéphrite.

## Table des matières

1. INTRODUCTION.....	8
2. L'EMPATHIE EN MEDECINE .....	10
2.1. Historique et définitions de l'empathie.....	10
2.1.1. Historique des notions de l'empathie.....	10
2.1.2. L'empathie en médecine : cognitive ou affective ? .....	12
2.2. Empathie et relation médecin-malade.....	13
2.2.1. Evolution de la relation médecin-malade.....	13
2.2.2. La relation médecin-malade : une relation empathique ? .....	15
2.3. Empathie et efficacité des soins .....	18
2.3.1. Intérêt de l'empathie pour le patient .....	18
2.3.2. Apport de l'empathie pour le médecin.....	19
2.4. L'empathie en Médecine Générale .....	21
3. L'EMPATHIE AU COURS DES ETUDES MEDICALES.....	22
3.1. L'empathie chez l'étudiant en médecine .....	22
3.2. Evolution de l'empathie au cours des études médicales .....	24
3.3. Explications de la baisse d'empathie au cours des études médicales .....	25
3.4. Peut-on enseigner l'empathie ? .....	29
4. PEUT-ON MESURER L'EMPATHIE? .....	31
4.1. Historique des tests d'empathie.....	31
4.2. <i>Jefferson Scale of Physician Empathy</i> .....	33
4.2.1. Validité et fiabilité de la JSPE .....	33
4.2.2. Moyenne, écart-type et différence attendue de la JSPE-MS dans les études.....	33
4.2.3. Composantes de la JSPE (MS) .....	35
4.3. <i>Interpersonal Reactivity Index</i> .....	35
4.4. Quel test choisir ? .....	36
5. PROBLEMATIQUE.....	37

<b>6. MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>38</b>
6.1. Description de l'étude .....	38
6.1.1. Cadre de l'étude.....	38
6.1.2. Participants .....	38
6.2. Instrumentation.....	40
6.2.1. Premier questionnaire, avant le stage.....	40
6.2.2. Deuxième questionnaire, après le stage .....	42
6.2.3. Questionnaire LimeSurvey.....	42
6.2.4. Données éthiques .....	42
6.3. Procédure de l'étude .....	43
6.3.1. Description des étapes d'intervention.....	43
6.3.2. Critère de jugement principal .....	44
6.3.3. Objectifs secondaires.....	44
6.4. Analyses des données.....	44
 <b>7. RESULTATS .....</b>	 <b>46</b>
7.1. Caractéristiques de la population.....	46
7.1.1. Cadre de l'étude et taux de réponse .....	46
7.1.2. Description de la population étudiée .....	48
7.2. Résultats avant le stage chez les deux groupes d'étudiants .....	49
7.2.1. Analyse bivariée des variables sociodémographiques selon le stage .....	49
7.2.2. Analyse des scores à la JSPE-MS et de ses composantes .....	50
7.2.3. Analyse des scores à l'IRI et de ses composantes.....	51
7.3. Résultats après le stage et comparaison des scores .....	53
7.3.1. Critère de jugement principal : évolution de la JSPE-MS .....	53
7.3.2. Evolution des composantes de la JSPE-MS.....	55
7.3.3. Evolution de l'IRI et de ses composantes .....	56

<b>8. DISCUSSION .....</b>	<b>57</b>
8.1. Synthèse des résultats principaux .....	57
8.1.1. Le stage chez le médecin généraliste permet-il d'augmenter l'empathie des étudiants en médecine ?.....	57
8.1.2. Variables influençant les capacités empathiques des étudiants.....	58
8.2. Limites de l'étude .....	61
8.2.1. Représentativité de notre population .....	61
8.2.2. Biais de sélection.....	63
8.2.3. Biais de méthodologie .....	64
8.2.4. Biais de mesure .....	64
8.3. Discussion des résultats selon la littérature.....	66
8.3.1. Pourquoi l'empathie est-elle augmentée par un stage chez le médecin généraliste ?.....	66
8.3.2. Pourquoi la composante " <i>perspective taking</i> " de la JSPE-MS est-elle augmentée par un stage chez le médecin généraliste ?.....	70
8.4. Portées et moyens d'action.....	71
<b>9. CONCLUSION.....</b>	<b>73</b>
<b>10. ANNEXES .....</b>	<b>75</b>
Annexe 1. Questionnaire d'empathie .....	75
Annexe 2. Accord CPP.....	80
Annexe 3. Accord CNIL.....	82
Annexe 4. Caractéristiques sociodémographiques des externes.....	83
Annexe 5. Analyses bivariées de la JSPE-MS et de ses composantes selon les variables sociodémographiques .....	88
<b>11. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>90</b>

## Table des illustrations

Tableau 1. Moyennes, écart-types et différences de score à la JSPE-MS selon la littérature..	34
Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des externes inclus, tous groupes confondus.....	48
Tableau 3. Distribution des scores à la JSPE-MS avant le stage, hospitalier et chez le praticien.....	50
Tableau 4. Distribution des scores à l'IRI avant le stage, hospitalier et chez le praticien .....	51
Tableau 5. Distribution des scores à la composante « <i>personal distress</i> » de l'IRI avant le stage, hospitalier et chez le praticien.....	52
Tableau 6. Evolution de la JSPE-MS et de ses composantes selon le stage effectué.....	53
Tableau 7. Evolution de l'IRI et de ses composantes selon le stage effectué.....	56
Tableau 8. Caractéristiques sociodémographiques de tous les externes inclus.....	83
Tableau 9. Caractéristiques sociodémographiques des externes en stage hospitalier et en DCEM 4.....	84
Tableau 10. Caractéristiques sociodémographiques des externes en stage chez le praticien et en DCEM 4.....	85
Tableau 11. Caractéristiques sociodémographiques des externes en stage hospitalier et en DCEM 3.....	86
Tableau 12. Caractéristiques sociodémographiques des externes en stage chez le praticien et en DCEM 3.....	87
Tableau 13. Analyses bivariées de chaque variable avec le score final à la JSPE-MS.....	88
Tableau 14. Analyses bivariées de chaque variable avec le score final à la composante « <i>perspective taking</i> » de la JSPE-MS.....	88
Tableau 15. Analyses bivariées de chaque variable avec le score final à la composante « <i>compassionate care</i> » de la JSPE-MS.....	89
Tableau 16. Analyses bivariées de chaque variable avec le score final à la composante « <i>standing in the patient's shoes</i> » de la JSPE-MS.....	89

Figure 1. Les composantes de l'empathie selon Morse.....	11
Figure 2. « Modèle des raisons contribuant au déclin de l'empathie pendant la formation initiale et l'internat » selon Neumann.....	28
Figure 3. « Tests d'empathie identifiés, avec leur fiabilité et leur validité » extrait concernant la JSPE et l'IRI, selon Hemmerdinger.....	32
Figure 4. Diagramme de flux représentant les étudiants de notre étude.....	47
Figure 5. Résultats à la JSPE-MS avant et après stage, selon le stage effectué.....	54
Figure 6. Résultats à la composante " <i>perspective taking</i> " de la JSPE-MS avant et après stage, selon le stage effectué.....	55

# 1. INTRODUCTION

*« Le contact, c'est l'appréciation des différences. »*

Frederick S. (Fritz) Perls

*« ...tu n'es pas moi, c'est insupportable. Je ne comprends pourquoi nous faisons deux et je voudrais devenir toi en restant moi-même. »*

Jean-Paul Sartre (Le diable et le bon dieu)

L'empathie, ou la compréhension de la subjectivité de l'autre, est devenue un vaste domaine de réflexion pour la médecine moderne. Elle est particulièrement importante en Médecine Générale, où elle se place au centre de la relation médecin-malade. Sa définition a évolué au cours du temps, et diffère selon son domaine d'application.

En médecine, la plus unanime semble être celle du psychologue humaniste C.R. Rogers :

*« L'empathie consiste en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. [...] La capacité empathique implique donc que, par exemple, on éprouve la peine ou le plaisir d'autrui comme il l'éprouve, et qu'on en perçoive la cause comme il la perçoit, sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre. » (1)*

Mais certains lui préfèrent la définition de « capacité d'écouter » de M. Balint qui est davantage une compétence qu'il faut essayer de maîtriser.

*« La capacité d'écouter est une aptitude nouvelle, qui exige un changement considérable, bien que limité, dans la personnalité du médecin. À mesure qu'il découvrira en lui la capacité d'écouter ce qui chez son patient est à peine formulé, car le patient lui-même n'en est qu'obscurément conscient, le médecin commencera à écouter un même type de langage en lui-même. » (2)*

En médecine, il a été reconnu que l'empathie permettait une meilleure prise en charge des patients et favorisait la nouvelle conception de la relation médecin-malade « d'égal à égal », contrairement à l'ancien modèle paternaliste. Enfin, l'empathie permet aux médecins d'acquérir un meilleur épanouissement dans leur vie professionnelle.

Son importance reconnue, l'empathie a intégré le programme d'enseignement du deuxième cycle des études médicales dans le premier item de l'UE1 sur la relation médecin-malade : « *établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs.* » (Bulletin officiel du 7 juin 2007, Ministère de l'Éducation nationale et Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche).

Elle est mentionnée dans le guide HAS 2007 sur l'éducation thérapeutique comme une compétence relationnelle nécessaire.

Or, de nombreux travaux ont montré une tendance au déclin de l'empathie au cours des études médicales. Il a aussi été démontré que cette compétence, nécessaire à une prise en charge adaptée du patient, ne se développe pas nécessairement avec le temps et l'expérience. Il est donc important de réfléchir à l'enseignement de l'empathie. Or, son caractère variable, en fonction de la personne, de son interlocuteur et des circonstances de la rencontre rend difficile son enseignement. Comment, chez les étudiants en médecine, la quantifier, l'enseigner, la faire perdurer ?

L'empathie est particulièrement importante en Médecine Générale, qui se distingue des autres spécialités par une approche plus centrée sur le patient. L'étudiant, confronté à une mise en situation réelle de relation empathique avec le patient, pourrait bénéficier de cette expérience pratique par rapport à des formations théoriques.

Notre travail se penche sur le développement et la formation de l'empathie au cours du deuxième cycle des études médicales, et plus particulièrement sur l'influence du stage chez le praticien sur l'empathie d'étudiants de deuxième cycle.

Dans une première partie, nous effectuerons une mise au point sur l'empathie en médecine et au sein de la relation médecin-malade. Nous étudierons ensuite plus particulièrement sa situation et son enseignement aux cours des études médicales. Enfin, nous décrirons ses méthodes de mesure.

Puis, nous évaluerons l'évolution de l'empathie chez des étudiants en médecine de deuxième cycle selon le stage qu'ils effectuent. Nous voulons démontrer une augmentation de l'empathie chez les étudiants effectuant un stage chez le médecin généraliste par rapport à ceux effectuant un stage hospitalier.



## 2. L'EMPATHIE EN MEDECINE

*"It is as important to know what kind of man [sic] has the disease, as it is to know what kind of disease has the man."<sup>1</sup>*

Sir William Osler (1932)

*« C'est seulement dans l'effacement de soi, que l'on peut, par empathie, percevoir la réalité de l'autre. »*

Jean-Pierre Otte

### 2.1. HISTORIQUE ET DEFINITIONS DE L'EMPATHIE

L'empathie, initialement étudiée dans le domaine de la psychologie, est un concept consistant à comprendre l'autre qui implique spécifiquement la résonnance émotionnelle. À l'inverse, en médecine, elle est définie comme une forme de cognition détachée.

#### 2.1.1. HISTORIQUE DES NOTIONS DE L'EMPATHIE

Initialement, cette notion a été définie au cours du XVIII<sup>ème</sup> siècle par les romantiques allemands, dont Lipps, sous l'appellation « *Einfühlung* » (3). Appliquée au domaine de l'esthétique, l'empathie consistait alors à projeter dans l'objet contemplé des émotions et des sensations qui lui donnaient son sens. Ces projections ne s'effectuaient pas au hasard, elles s'organisaient autour de vécus que l'artiste et le spectateur étaient censés partager. Pour Lipps, l'*Einfühlung* était « source du savoir sur autrui », soit une expérience intérieure des émotions d'autrui.

En 1909, ce concept a été introduit en psychologie par le Britannique Titchener. Dans « *Lectures on the experimental psychology of the thought processes* », il a traduit « *Einfühlung* » en « *empathy* », à partir de deux racines grecques « *em* » et « *pathos* » littéralement « sentir dans » ou capacité de sentir de l'intérieur. « *Einfühlhen* », c'est se « sentir dans » autrui qui pense, qui éprouve et qui se comporte (4).

---

<sup>1</sup> « *Il est aussi important de connaître la personne [sic] qui a la maladie, qu'il l'est de savoir quelle maladie a la personne. »*

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, l'empathie n'était pas encore considérée comme une « compréhension interhumaine », mais plutôt comme une projection dans l'autre, une sensation d'entente instinctive. Freud l'envisage comme un processus d'imitation, un « miroir » qui reflète au patient son image. Husserl l'étend au terme d'intersubjectivité, ou co-connaissance, acquise par analogie.

L'empathie était alors définie uniquement par ce que l'on appellera l'empathie affective, c'est-à-dire la réaction inconsciente et intuitive aux émotions de l'autre. C'était le fait de ressentir ce qu'autrui éprouve, sans pour autant reconnaître l'existence de ces sensations.

En 1932, Mead et Piaget se sont intéressés au développement volontaire de l'empathie, comme un mécanisme conscient, pouvant être travaillé. Le concept d'empathie s'enrichit alors de plusieurs composantes : affective, comme définie précédemment, cognitive, comportementale et éthique.

La composante cognitive de l'empathie est le mécanisme actif et volontaire consistant à se représenter les contenus mentaux de nos interlocuteurs et à comprendre leurs émotions. La composante comportementale est la capacité à exprimer son empathie au patient et la composante éthique ou morale est la volonté consciente d'être empathique ou la force altruiste qui motive la pratique de l'empathie.

Ces quatre composantes, complémentaires et dépendantes les unes des autres, ont été précisées par Morse en 1992 d'après une revue de littérature sur l'empathie (5) et sont résumées dans la figure 1 ci-dessous.

**Figure 1. Les composantes de l'empathie selon Morse**

Component	Definition
Emotive	The ability to subjectively experience and share in another's psychological state or intrinsic feelings
Moral	An internal altruistic force that motivates the practice of empathy
Cognitive	The helper's intellectual ability to identify and understand another person's feelings and perspective from an objective stance
Behavioural	Communicative response to convey understanding of another's perspective

La confusion et les débats autour des différentes significations de l'empathie s'expliquent par sa nature multidimensionnelle, mais aussi par la variabilité de sa définition en fonction du domaine où elle s'applique.

### 2.1.2. L'EMPATHIE EN MEDECINE : COGNITIVE OU AFFECTIVE ?

Les particularités de l'empathie dans la relation médecin-malade ont notamment été étudiées par Rogers, psychosociologue américain. Dans les années 1950, il s'est intéressé à une médecine centrée sur le patient. Pour lui, l'empathie est le fait de :

*« Percevoir avec justesse le cadre de référence interne de son interlocuteur ainsi que les raisonnements et les émotions qui en résultent (...) et en percevoir les causes de la même façon que lui, sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre. »* (1)

Selon Rogers, le thérapeute ne doit pas s'identifier au patient en s'appropriant ses émotions. En gardant à l'esprit que les sentiments du patient ne sont pas les siens, il peut les interpréter et agir en conséquence de manière objective.

Hojat, professeur de recherche en psychiatrie sur le comportement humain, a beaucoup travaillé au cours du XXI<sup>ème</sup> siècle sur la notion d'empathie dans le contexte de soins. Elle a notamment créé la *Jefferson Scale of Physician Empathy* que nous présenterons plus loin. Elle considère l'empathie en médecine comme un processus principalement cognitif, à initier de manière active.

*"[Empathy is] a cognitive attribute that involves an ability to understand the patient's inner experiences and perspective and a capability to communicate this understanding."* (6)

La part affective de l'empathie est parfois considérée comme un frein à l'objectivité et donc à l'efficacité du médecin. Dans son échelle de mesure de l'empathie, l'*Interpersonal Reactivity Index*, Davis accorde un score plus haut à celui qui *« en cas d'urgence, quand [il voit] quelqu'un qui a sérieusement besoin d'aide [s'] effondre totalement »*.

Ainsi, en médecine, c'est surtout l'aspect cognitif qui est pris en compte, avec une empathie contrôlée, scientifique. La compréhension correcte des émotions de l'autre ne devrait pas influencer celles du médecin, qui ne les expérimente pas ni y adhère. C'est « l'empathie neutre » décrite dans les années 1950-60 par Aring (7) puis Blumgart (8). Ils utilisent des notions comme « préoccupation détachée », « détachement compatissant » et « distance affective » pour décrire les limites de l'engagement émotionnel dans la relation médecin-malade.

Ce concept du médecin objectif et devant se contrôler a été mis à mal par Balint, qui a redonné à la dimension affective une place plus importante avec son travail sur la relation médecin-malade. Dans la période d'après-guerre, il a créé les groupes de travail Balint dont l'objectif est de *« permettre aux praticiens d'analyser les implications affectives et émotionnelles dans leur travail avec les patients et de rechercher de quelles ressources personnelles ou professionnelles ils disposent pour s'en occuper. »* (9)

---

<sup>2</sup> « [L'empathie est] une caractéristique cognitive qui implique l'aptitude à comprendre les expériences internes et le point de vue du patient et la capacité de lui communiquer cette compréhension. »

Ainsi, le médecin accepte et comprend ses émotions pour améliorer sa relation avec ses malades.

La dimension affective de l'empathie dans l'exercice médical a aussi été revalorisée par Halpern en 2003 (8) qui souligne l'inefficacité d'une empathie sans émotion. Ainsi, selon elle, parallèlement au fait que la raison est dépendante des émotions, « *aucun de ces aspects de l'empathie n'est efficace « en lui-même », c'est le tout qui fonctionne* » (10).

L'empathie en médecine pourrait être résumée globalement comme la capacité du médecin à comprendre ce que ressent le patient, notamment par une écoute adaptée : c'est la composante cognitive. Le fait de comprendre ce que lui-même ressent, en résonance aux émotions du patient, est la composante affective, travaillée notamment dans les groupes Balint.

Comment l'empathie s'intègre-t-elle alors dans la relation médecin-malade ? Est-elle une force, une compétence ou un trait de caractère du soignant ? Faut-il la promouvoir ?

## 2.2. EMPATHIE ET RELATION MEDECIN-MALADE

### 2.2.1. EVOLUTION DE LA RELATION MEDECIN-MALADE

On désigne sous le terme de relation médecin-malade, l'ensemble des conditions psychologiques qui vont influencer le type de contact qui s'établira entre le médecin et son patient.

Il y a trois acteurs dans la relation médecin-malade : le patient, le médecin, et la maladie. Chaque patient aborde la rencontre et investit différemment le médecin mais tous attendent de cette relation une guérison ou au moins un soulagement. Chez le médecin, plusieurs composantes entrent en jeu au cours de cette relation, qui dépendent de lui mais aussi du patient. Cela peut être le désir de soulager, d'avoir des contacts humains. Il peut être dirigé par la sensation d'accomplir une mission sociale ou être plus intéressé par la compétence technique ou la réflexion scientifique. La reconnaissance de son pouvoir réparateur peut aussi être une motivation. En réalité, médecin et patient auront tendance tous deux à réagir en fonction de leur expérience personnelle passée, tant professionnelle qu'émotionnelle.

Certaines conditions sont inhérentes à tout acte médical : le patient est un individu qui vient chercher de l'aide auprès d'un autre individu qui possède nécessairement un savoir et un savoir-faire ; ce qui contribue à créer d'emblée un climat de confiance et d'aide thérapeutique. Il y a intrinsèquement une dépendance du malade au médecin. Le patient qui consulte le médecin lui abandonne, sur le plan symbolique tout au moins, une part de son indépendance et s'en remet à lui pour une part de ses responsabilités et décisions.

Ainsi, Grimaldi dans son livre *La relation médecin-malade* publié en 2004, la décrit comme :

*« [...] une relation fondamentalement inégalitaire, puisqu'elle met généralement en présence un sujet souffrant, physiquement ou moralement et un professionnel de santé, doté d'un savoir et de compétences qui lui assurent un pouvoir sur le patient. Faire du patient un « partenaire de soins » à part entière, le responsabiliser, contractualiser les objectifs thérapeutiques, ne réduiront jamais totalement une telle inégalité de base. »*

Avec les progrès de la science et l'avancée de la médecine, la relation médecin-malade s'est profondément modifiée.

Historiquement, la relation médecin-malade était construite sur le modèle paternaliste, une relation asymétrique où le médecin était tout puissant, détenteur de toutes les réponses, et le patient passif et dépendant. L'autonomie du patient s'est peu à peu développée à partir du XX<sup>ème</sup> siècle, vers une relation plus équilibrée, où le patient s'implique davantage dans la décision médicale. Sous l'influence d'une information de plus en plus libre d'accès, d'une volonté de s'individualiser, le patient remet en cause l'expertise du médecin et devient alors acteur de sa propre santé. Au niveau législatif, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Journal Officiel n° 54 du 5 mars 2002) introduit la « personne de confiance » et le dossier médical partagé. Le malade n'est plus dépendant des décisions du médecin, mais décide grâce à une information libre et éclairée d'appliquer ou non ses conseils.

La médecine a connu au cours du XX<sup>ème</sup> siècle de grandes avancées scientifiques, mais en parallèle la relation médecin-malade s'est déshumanisée. Les moyens diagnostiques, qu'ils soient biologiques ou radiologiques, se sont développés, mettant parfois au second plan l'interrogatoire et l'examen physique du patient. Les médecins, de plus en plus spécialisés, se concentrent sur une maladie, sans se préoccuper de la personne dans son entier. Souvent formés uniquement sur les plans scientifiques et techniques, les soignants sont aussi de moins en moins nombreux. Le manque de temps et le stress en résultant diminuent leurs capacités d'écoute et d'attention nécessaires aux malades. L'informatisation a aussi entraîné une distance supplémentaire entre le médecin et son patient.

Une autre raison de la déshumanisation de la relation médecin-malade est la standardisation du soin médical. L'« *Evidence-Based Medicine* » (EBM) créée par Sackett en 1996 comporte trois dimensions : la science, le médecin et ce que ressent le malade. Conçue pour une prise en charge centrée sur le patient, seul son versant portant sur la recherche et les données scientifiques est utilisé par les soignants. Cette dérive a créé une médecine de plus en plus procédurale, oubliant la dimension humaine. En privilégiant la maladie, définie selon des critères nosographiques bien précis, aux dépens du malade, on oublie toute la complexité et la singularité du patient, sa façon de vivre la maladie, sa tolérance aux traitements, voire ses préférences.

De son côté, le patient est devenu plus exigeant, partisan d'une médecine « à la carte ».

En 1991, la conférence de consensus de Toronto établit le manque de communication en médecine en recensant les études sur la pratique médicale (11). Ainsi, 54% des plaintes des patients et 45% de leurs inquiétudes n'avaient pas été perçues par les médecins. Leurs problèmes psychiatriques passaient inaperçus dans 50% des cas. Le discours du patient était interrompu par le médecin au bout de 18 secondes en moyenne.

Cette conférence établit l'écoute active des inquiétudes du patient comme une donnée fondamentale de la consultation, permettant une meilleure satisfaction du patient, une diminution de son anxiété et une amélioration de critères objectifs de sa santé. Ainsi, elle donne la priorité à une relation égalitaire, basée sur le partage d'informations.

Devant ce constat, l'accent est alors mis sur la communication dans la relation médecin-malade. La conférence de consensus de Kalamazoo en 1999 promeut une relation médicale centrée sur le patient :

*"A growing emphasis on physician-patient communication in medicine and medical education is reflected in international consensus statements, guidelines for medical schools, and standards for professional practice and education. The group endorses a patient-centered, or relationship-centered, approach to care, which emphasizes both the patient's disease and his or her illness experience."*<sup>3</sup> (12)

En France, un rapport de la Commission Nationale Permanente du Conseil National de l'Ordre des médecins de 2001 rappelle également que :

*« La place de l'écoute doit être considérée comme le premier élément de l'acte médical. [...] La revalorisation de cet acte reste la base de sa reconnaissance par le patient ».* (13)

Savoir communiquer avec son patient devient une compétence, enseignée dans les universités de médecine, aussi bien en France qu'à l'étranger. Mais pour pouvoir communiquer avec son patient, il faut aussi comprendre ses interrogations parfois subtiles, ses non-dits, ses limites. L'empathie est alors le seul moyen de délivrer une information adaptée à chaque patient.

### 2.2.2. LA RELATION MEDECIN-MALADE : UNE RELATION EMPATHIQUE ?

L'existence de toute vie sociale est nécessairement liée à la possibilité donnée aux individus de communiquer entre eux. La communication se fait non seulement de façon verbale, par un échange de mots, d'idées, de sentiments, mais également de façon non-verbale par des gestes, des attitudes, des expressions. Or qu'est-ce que l'empathie sinon une communication efficace ?

---

<sup>3</sup> « L'importance croissante de la communication médecin-malade dans la pratique de la médecine et l'enseignement médical se traduit par des consensus internationaux, des recommandations pour les écoles de médecine et de normes, à la fois dans la pratique médicale et dans son éducation. Cette conférence promeut une approche du soin centrée sur le patient ou sur la relation médecin-malade, qui insiste à la fois sur la maladie du patient et son expérience de cette maladie. »

Il advient dans tout dialogue un travail sur les affects : travail d'attribution d'affects à autrui et travail d'exposition de ses propres affects. Au cours d'une conversation, les protagonistes vont donc gérer leurs propres sentiments, leurs expressions (réelles ou affichées) et s'efforcer de percevoir les émotions analogues chez leur partenaire. Il existe aussi un processus d'identification corporelle - ou échoïsation - où les interlocuteurs reproduisent "en miroir" des mimiques, des gestes et des postures semblables. Tous ces mécanismes font partie du processus de communication, développé sous le terme d'empathie.

Balint a travaillé sur l'apprentissage de l'écoute du patient (ou capacité d'écoute) qui permet au praticien de déceler, en plus de l'observation directe de la symptomatologie, des aspects émotionnels parfois primordiaux à la compréhension globale du cas. Il a ainsi développé des techniques d'entretien favorisant la perception empathique du patient :

- La réitération : le médecin répète dans ses propres termes certains éléments du discours du patient ("Si je comprends bien, vous me dites que...").
- Le reflet compréhensif : les paroles du patient sont répétées, mais en mettant l'accent non pas sur le contenu manifeste mais sur le sens latent, sur la signification émotionnelle sous-jacente ("Il semble donc bien que cela doive être très désagréable pour vous de...").
- L'élucidation : le médecin poursuit un raisonnement que le patient a commencé à faire ("Si je poursuis votre idée, il se pourrait que...").

C'est une « anamnèse à deux personnes », la consultation est une activité interactionnelle complexe, à laquelle médecin et patient collaborent :

*« Le tableau clinique n'est pas simplement offert par le malade, mais résulte d'une co-construction dans laquelle l'induction organisatrice du médecin est souvent décisive. » (14)*

En 1991, Smith & Hoppe démantèlent l'interrogatoire du patient, centré sur celui-ci, afin de connaître son histoire « biopsychosociale » (15) :

1. reconnaître les moments d'émotion ;
2. interroger le patient ;
3. nommer l'émotion ;
4. la légitimer ;
5. respecter les efforts du patient pour faire face ;
6. lui offrir aide et soutien pour le futur.

Cette schématisation de l'interrogatoire basée sur le partage et la compréhension du patient peut se retrouver dans n'importe quelle relation interpersonnelle empathique. On y retrouve les processus émotionnels, cognitifs et comportementaux.

La relation empathique dans la pratique des soins peut se définir comme un processus qui guide les réponses successives du médecin afin que le patient se sente compris.

En légitimant l'état du patient, le médecin reconnaît son émotion comme bien-fondée, en fonction de l'histoire propre du sujet. Il peut alors lui offrir un soutien pour le futur, en lui proposant les solutions les plus adaptées pour lui. La relation soignant-soigné devient un partenariat, car le médecin comprend son patient et celui-ci le ressent. L'empathie existe donc au centre de cette relation d'égal à égal, et détermine son efficacité.

Historiquement, la crédibilité thérapeutique du médecin reposait sur ses capacités de diagnostic et de prédiction de l'évolution de la maladie. Avec l'avancée de la médecine, notamment du point de vue technique, et l'accès à l'information pour les patients, ce rôle de médecin tend à se transformer en celui de technicien. Mais l'effet « curateur » de la relation médecin-malade, bien illustré par l'effet placebo, existe. L'attitude du médecin ayant recours à un placebo peut avoir un effet démontré et mesurable sur la santé et la compliance de son patient (16). Le médecin, en exploitant l'effet placebo de la relation, même sans prescrire de médicament actif, est bien plus efficace que s'il s'appuyait uniquement sur les données scientifiques. La compréhension empathique du patient et la perception de la relation médecin-malade par celui-ci déterminent directement l'efficacité de cet effet placebo.

L'empathie comme moyen de communication, verbal et non verbal, d'une relation, est devenue depuis peu une compétence médicale dans les recommandations.

En 1999, la conférence de consensus de Kalamazoo institutionnalise l'empathie en la mettant au même plan que l'interrogatoire ou l'information libre et éclairée :

« *Understand the Patient's Perspective:*

- *Explore contextual factors (e.g., family, culture, gender, age, socioeconomic status, spirituality)*
- *Explore beliefs, concerns, and expectations about health and illness*
- *Acknowledge and respond to the patient's ideas, feelings, and values <sup>4</sup>*» (12)

Dans un rapport de l'Académie Nationale de médecine, adopté en 2006, Mantz place le modèle empathique comme la relation soignant-soigné à adopter:

« *De tous les modèles (paternaliste, autonomiste, scientiste, légaliste, contractuel) de relation médecin-malade qui ont été proposés, le modèle empathique est sans doute celui qui permet le mieux de situer les interlocuteurs, proches sans familiarité, respectueux l'un de l'autre sans condescendance ni apitoiement.* » (17)

L'empathie n'est donc plus un processus naturel, dépendant de la personnalité du soignant. Elle est entrée à partir du XX<sup>ème</sup> siècle dans la liste des compétences à acquérir pour être un médecin efficace.

---

<sup>4</sup> « *Comprendre le point de vue du patient :*

- *Investiguer le contexte familial, culturel, le genre, l'âge, le statut socioéconomique, la spiritualité*
- *Interroger sur les croyances, les inquiétudes et les attentes à propos de la santé et de la maladie*
- *Reconnaître et répondre selon les idées, sentiments et valeurs du patient.* »



## 2.3. EMPATHIE ET EFFICACITE DES SOINS

*« Certains patients, bien que conscient de leur état de santé instable, guérissent car ils sont satisfaits de leur médecin. »*

Hippocrates, 460 av. J.-C

### 2.3.1. INTERET DE L'EMPATHIE POUR LE PATIENT

Depuis la fin du XX<sup>ème</sup> siècle et au cours du XXI<sup>ème</sup> siècle, de nombreux auteurs ont étudié l'apport de l'empathie en médecine de manière objective. Et c'est par ces travaux que l'empathie est petit à petit devenue une compétence validée de la pratique médicale moderne.

En psychothérapie, l'empathie est depuis longtemps considérée comme un des éléments nécessaires à une relation curative (18). Bien sûr, cette dernière rejoint l'idée d'effet placebo de la relation. Le patient est plus satisfait de sa consultation et de sa relation avec son médecin s'il ressent l'empathie de celui-ci. Mais de nombreuses études ont été effectuées sur l'apport concret de l'empathie pour les patients. Il a été démontré que cela favorisait leur compliance (10,19,20) et leur adhésion au traitement (21). Cette relation de confiance joue aussi sur l'état de santé perçu. Le patient est moins anxieux (22), souffre moins (23). L'empathie du médecin a aussi été reliée à une diminution du nombre de jours d'arrêt de travail (24).

Une revue de la littérature publiée en 2012 (25) recherchait un lien entre l'empathie des soignants et la prise en charge des patients atteints de cancer. Plusieurs études ont montré une diminution de l'anxiété et une meilleure compréhension des patients sur l'évolution et les complications possibles de leur maladie.

Elle favorise l'autonomie des patients et une relation basée sur le partage d'informations (26–29). Cette relation empathique permet aux patients de parler davantage de leurs symptômes et de leurs inquiétudes, ce qui permet au médecin un recueil complet et juste des antécédents et de l'histoire médicale du patient (30–32). Ces données médicales et psychosociales plus précises mènent à une meilleure précision du diagnostic (30,33) et à optimiser les recours à des examens complémentaires ou à des avis (34).

Des études ont aussi montré les effets bénéfiques de l'empathie sur des paramètres cliniques et biologiques objectifs tels que la pression artérielle, la durée d'une rhinopharyngite (35), l'HbA1C (36) ou le LDL cholestérol (37).

Derksen a publié en 2013 une revue de la littérature sur l'apport de l'empathie en Médecine Générale (38). Sur les 7 articles répondant aux critères d'inclusion, on retrouvait les mêmes notions citées plus haut : diminution de l'anxiété et du stress des patients, augmentation de leur adhérence au traitement et amélioration de critères cliniques et biologiques. Les limites données au développement de l'empathie chez le médecin généraliste étaient la pression du temps et la charge de travail, ainsi qu'un manque de formation à l'empathie et une vision cynique de celle-ci.

La capacité à être empathique a été liée à la compétence clinique (39,40) des étudiants en médecine, ainsi qu'à leur réussite académique (40). L'empathie est donc un moyen pour les médecins de prendre en charge leurs patients de manière globale et efficace, une compétence nouvelle, indispensable à ajouter à leurs compétences techniques. Mais quel est l'apport de l'empathie pour les médecins ?

### *2.3.2. APPORT DE L'EMPATHIE POUR LE MEDECIN*

On observe, dans la pratique médicale moderne, une dichotomisation entre l'aspect biomédical et l'aspect humain. En d'autres termes, l'expérience, l'interprétation, les dimensions morale et pratique sont souvent négligées par le patient et le médecin, et ce malgré l'évolution vers une médecine centrée sur le patient.

De manière générale, la médecine est basée sur deux aspects : scientifique et humain. Dans la littérature et l'enseignement médicaux, ils sont séparés, alors qu'en pratique ils sont le plus souvent intimement liés. Bien des situations médicales ne peuvent se régler sans l'apport de l'empathie (bien que d'autres nécessitent seulement un savoir et des connaissances biomédicales).

La revue de littérature de Pedersen (41), publiée en 2010, l'illustre bien : l'empathie est une compétence médicale nécessaire à de nombreuses situations cliniques :

- Soins de fin de vie
- Priorisations cliniques
- Quand le traitement disponible est considéré comme vain
- Traitement de patients particuliers (patients âgés, atteints de pathologie psychiatrique, toxicomanes, personnes de niveau socio-économique bas ou sans papiers) ou patients et maladies qui ne rentrent pas dans des cases
- Prise en compte des souhaits des patients en les informant et en les impliquant
- Contentieux et conflits

Des études ont prouvé qu'une prise en charge empathique par le médecin améliorerait sa pratique, non seulement selon le point de vue du patient, mais aussi du praticien.

De plus, outre le fait d'améliorer les performances et les compétences médicales (39), il a été démontré que l'empathie améliorerait aussi les conditions d'exercice du médecin, en augmentant sa qualité de vie (42) et en diminuant ses risques de *burn-out* et de dépression (43). Elle permet un épanouissement professionnel, que le médecin trouve en s'impliquant auprès de ses patients (44–46), mais aussi personnel (44,47,48). En diminuant les conflits, elle permet une baisse des litiges (49,50).

Malgré cette importance objective de l'empathie, elle n'est encore que peu mise en valeur au cours des études médicales. Or la conférence de consensus de Toronto en 1991 concluait que les qualités de communication ne s'amélioraient pas avec l'expérience, et que l'éducation médicale pouvait induire du cynisme et un « manque de cœur » par son caractère stressant et parfois choquant.

*« There is therefore a clear and urgent need for teaching of these clinical skills to be incorporated into medical school curriculums and continued into postgraduate training and courses in continuing medical education.<sup>5</sup> »* (11)

Cette notion est discutable : avec l'expérience et les connaissances vient l'assurance du médecin. Débarrassé de ses doutes médicaux pouvant survenir au début de son exercice, il peut se concentrer sur la communication avec son malade. De plus, la connaissance de ses patients peut lui permettre de mieux appréhender leurs réactions, leur vécu de la maladie.

Mais pour pouvoir appliquer l'empathie, il faut avoir quelques notions de son importance, et ainsi la promouvoir au cours des études médicales, afin de permettre aux étudiants une réflexion critique sur les liens entre l'empathie, le raisonnement médical et la prise de décisions éthiques.

---

<sup>5</sup> « Il existe donc un besoin clair et urgent que l'enseignement de ces compétences cliniques soit intégré dans le programme des études médicales, ainsi que dans la formation continue. »

## 2.4. L'EMPATHIE EN MEDECINE GENERALE

Placé au centre du système de santé par la réforme du médecin traitant, le médecin généraliste assure le lien entre l'individuel et le collectif par sa connaissance des patients et sa possibilité d'apprécier l'état de santé d'une population au sein de laquelle il travaille. Il relaie et personnalise les messages de santé publique à ses patients en les replaçant dans leur contexte. Ce rôle d'interlocuteur privilégié, cette connaissance du malade dans son environnement avec un suivi dans la durée favorise l'empathie dans la relation médecin-malade.

Ainsi, en soins primaires, une grande importance est donnée à la vie personnelle du patient, à l'impact de la maladie sur sa vie quotidienne. Lors du travail de prévention du médecin généraliste, les représentations de la maladie par le patient sont au cœur de la conversation. De même, la connaissance de sa vie, de son entourage et de sa famille favorise une relation empathique avec celui-ci.

Une relation empathique en Médecine Générale est à la fois plus facile et plus compliquée. Plus facile, parce qu'avec la connaissance de leurs patients, de leur famille, de leur histoire, médicale mais aussi sociale, elle vient plus naturellement. Mais sa complexité repose aussi sur la multiplicité des patients, leurs différences et parfois aussi sur la dérive amicale. Il est parfois difficile, quand on connaît quelqu'un depuis longtemps, de reconnaître des émotions ou des non-dits qui seraient exceptionnels, inhabituels, pour cette personne, ou qui ne rentreraient pas dans notre représentation de celle-ci. Ce n'est pas la composante affective qui serait touchée ici, mais plutôt la composante cognitive.

Le médecin traitant, interlocuteur privilégié du patient, aide la prise de décision de celui-ci dans un climat de confiance. Ainsi, la représentation du médecin, scientifique et objective de la maladie, doit pouvoir rencontrer la représentation personnelle du patient, dans un processus empathique. Le patient accorde une grande importance à l'empathie de son médecin, et en particulier de son médecin généraliste (51).

La relation médecin-malade devient une alliance, l'empathie le moyen de parvenir à cette relation.

### 3. L'EMPATHIE AU COURS DES ETUDES MEDICALES

*“Importantly, it is not enough to discuss how empathy and moral perspectives may improve the way physicians handle such situations. One should also address how biomedical paradigms, knowledge (or the lack of knowledge), professional interests and research priorities may frame physicians’ perception and judgement.”<sup>6</sup>*

*Pedersen, 2010*

#### 3.1. L'EMPATHIE CHEZ L'ETUDIANT EN MEDECINE

Il ne saurait être question de minimiser l'importance de l'apprentissage des connaissances médicales et des compétences techniques chez les étudiants. Mais la pratique de la médecine sans construction d'un réel rapport à l'autre peut aussi être délétère pour le patient, et le médecin.

En France, l'empathie fait partie du programme d'enseignement du deuxième cycle des études médicales dans le premier item de l'UE1 sur la relation médecin-malade : « *établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs* » (Bulletin officiel n°22 du 7 juin 2007). Elle y est considérée comme une compétence et non comme un trait de caractère.

On peut définir une compétence comme une combinaison :

- d'un savoir (ou d'une connaissance)
- d'un savoir-faire (ou d'une aptitude)
- d'un savoir-être (ou d'une attitude).

Ainsi, l'étudiant doit apprendre à établir une communication axée sur le patient, grâce à une prise de décisions partagée et à des interactions efficaces fondées sur l'éthique et l'empathie. Il doit discerner quelle information doit être délivrée au patient, à son entourage et aux soignants, de manière claire, loyale et appropriée à leur niveau de compréhension et à leur culture, en s'appuyant sur les recommandations de bonne pratique.

---

<sup>6</sup> « Plus important, il ne suffit pas d'examiner de quelle façon l'empathie et les questions morales peuvent améliorer la manière dont les médecins prennent en charge les situations. Il faut aussi se demander comment le modèle biomédical, les connaissances (ou manque de connaissance), les intérêts professionnels et les priorités données à la recherche peuvent limiter la perception et les jugements des médecins. »

L'objectif des études médicales doit être placé sous le signe de l'harmonisation entre les acquisitions scientifiques et techniques d'une part, et relationnelles d'autre part. Pourtant, comme nous le montrerons dans la prochaine partie, et malgré l'accent mis sur une médecine centrée sur le patient, l'empathie a tendance à diminuer au cours des études médicales.

Quelle vision ont les étudiants du médecin qu'ils vont devenir ?

C'est ce que Balint décrit comme la fonction apostolique du médecin : l'idée que se fait l'étudiant de ce qu'un bon médecin est et ses représentations de ce qu'est un malade. Cette conception rejoint celle de l'« *hidden curriculum* », développée au cours du XX<sup>ème</sup> siècle : c'est-à-dire les notions implicites que l'étudiant apprend sur « ce que c'est d'être médecin » au cours de ses études, influencées par ses enseignants, la société, ses condisciples et la vie universitaire.

Au cours des études médicales, il a été distingué trois formes d'enseignements :

- le « curriculum formel » ou l'ensemble des enseignements théoriques et pratiques dispensés : cours magistraux, stages hospitaliers, matières proposées et évaluations ;
- le « curriculum informel » qui correspond à l'enseignement non formalisé, au lit du malade, ou discussions de couloirs ;
- le « curriculum caché » enfin, ou « *hidden curriculum* » qui désigne les expériences vécues en pratique et leurs influences sur l'image du médecin que l'étudiant se forme.

Les enseignants sont les premiers, par l'exemplarité de leur discours et de leur comportement, au lit du malade ou à l'amphithéâtre, à influencer cette conception du « médecin idéal ». Cette projection dans le futur de l'étudiant évolue au cours de ses études, une fois qu'il est confronté à la difficulté de soigner.

Pour une profession basée sur la relation à l'autre, on pourrait penser que l'empathie fait partie d'une des premières motivations pour faire médecine. Pourtant, une étude conduite au Portugal n'a pas montré de corrélation entre le taux d'empathie des étudiants en première année et leur choix de faire médecine (52).

L'empathie est-elle une compétence qui s'apprend au cours des études médicales, ou un trait de caractère inné, à l'origine de ce choix de carrière ? Comment évolue-t-elle tout au long de l'enseignement médical ?

### 3.2. EVOLUTION DE L'EMPATHIE AU COURS DES ETUDES MEDICALES

Dans l'imaginaire collectif, les études de médecine enseignent l'art de parler au patient et de le comprendre. De plus, son intégration, bien que récente, dans le programme d'enseignement médical laisserait imaginer que l'empathie augmente chez les étudiants au fur et à mesure de leurs études. Or, cela n'est pas aussi clair dans la littérature médicale.

Une méta-analyse effectuée en 2011 par Neumann *et al.* (53) reprenait toutes les études réalisées sur l'évolution de l'empathie chez les étudiants en médecine. Sur les 18 études retenues, 15 montraient un déclin significatif de l'empathie au cours de leur cursus, alors que les 3 autres montraient soit une stabilité soit une décroissance non significative de l'empathie.

Si nous considérons l'empathie comme neutre, comme décrit précédemment, nous pouvons en conclure que ce serait la composante émotionnelle qui diminuerait, les étudiants devant se « protéger ».

Une seule étude (54) distinguait les différents types d'empathie : elle montrait que la composante affective diminuait chez les femmes, alors que la composante cognitive augmentait chez les hommes, au cours de leur enseignement médical. Mais la plupart de ces études se concentraient sur l'empathie cognitive.

Deux études indiquaient une hausse de l'empathie au cours des premières années, et un déclin significatif dès que les étudiants étaient mis en contact avec les patients. La plupart de ces études ont été conduites aux Etats-Unis, où les deux premières années sont consacrées à l'apprentissage théorique et les deux dernières à la pratique clinique, avec des stages à l'hôpital. Plusieurs études ont montré un déclin du taux d'empathie à partir du moment où les étudiants entraient en troisième année (55,56), soit au moment où ils pratiquaient la médecine au contact des patients. D'autres montraient une décroissance régulière du taux d'empathie dès la première année (57–60). Seules deux études ont trouvé un taux d'empathie stable au cours des études médicales (61,62).

Ce déclin de l'empathie est-il spécifique aux Etats-Unis, et à leur modèle d'enseignement médical ?

En Corée (63), au Portugal (64,65), en Australie (66) ou au Japon (67), il a au contraire été montré une augmentation (ou une stabilité) du taux d'empathie. Parmi la méta-analyse conduite par Neumann, peu d'études ont été faites en Europe (seulement trois), mais elles indiquaient également une diminution de l'empathie.

Un travail effectué par Schillinger en 2006 (68) portait sur la « *moral judgment competence* » ou force morale, éthique, qui permet un comportement juste, adapté à sa propre éthique. Elle examinait l'évolution de cette compétence chez des étudiants en médecine allemands et brésiliens, mais aussi en psychologie et en économie. Alors que dans ces deux dernières disciplines, la compétence morale augmentait, elle diminuait chez les étudiants en médecine.

L'évolution de l'empathie au cours des études médicales n'est donc pas encore bien définie, et doit dépendre tout aussi bien de la manière dont les études médicales sont conçues, de l'enseignement, que de la culture du pays. Néanmoins, il semble évident que l'empathie est une compétence évolutive, dépendante de l'expérience de vie autant que des traits de caractères personnels.

De nombreuses études ont démontré que l'empathie ne bénéficiait pas toujours de l'expérience : c'est un trait de caractère, plus ou moins marqué selon les personnes, qui se cultive grâce à sa pratique. De plus, comme nous l'avons vu, elle n'est pas réellement plus présente chez les étudiants choisissant de faire médecine.

### 3.3. EXPLICATIONS DE LA BAISSSE D'EMPATHIE AU COURS DES ETUDES MEDICALES

Quels sont les facteurs influençant l'empathie chez les médecins ? Faut-il la cultiver le plus tôt possible chez les étudiants en médecine ? Pourquoi l'empathie a tendance à décliner au cours des études médicales, alors que les programmes d'enseignement la considèrent comme une compétence importante à acquérir pour avoir une relation centrée sur le patient ?

Ces questions ont beaucoup été étudiées au cours du XX<sup>ème</sup> et du XXI<sup>ème</sup> siècle, avec notamment la notion de « *hidden curriculum* », mentionné plus haut. L'« *hidden curriculum* » est l'effet secondaire de l'éducation, les leçons apprises sans qu'elles soient enseignées de manière intentionnelle, comme la transmissions de normes, valeurs et croyances, transmises dans la salle de classe, l'environnement social (69), et pour le cas des étudiants en médecine, auprès du patient.

Beaucoup d'auteurs ont imputé le déclin de l'empathie chez les étudiants en médecine à l'influence de l'« *hidden curriculum* » (70,71), et notamment l'influence du comportement des médecins rencontrés par les étudiants, leurs mentors et supérieurs. Ce modèle peut être inadéquat si ce mentor ne montre pas d'empathie.

A l'hôpital, l'accent est porté sur l'avance professionnelle au moyen de publications et de performance technique et peu sur la relation médecin-malade. Se concentrer sur l'aspect purement scientifique de la médecine permet d'accéder plus facilement aux bourses et aux emplois privés.

Chez les étudiants, on met en avant leurs connaissances médicales et techniques, sans prendre en compte leur développement personnel ou leurs relations avec les patients. Les externes, peu en contact avec ces derniers, ont une relation médecin-malade fragmentée, sans interaction réelle. Leur rôle, peu défini, peut aller « d'homme à tout faire » à celui de médecin personnel. A l'hôpital, il existe une grande distance entre étudiants de deuxième cycle et supérieurs. Les interactions entre professeurs et étudiants, mais aussi entre étudiants, ont un impact certain sur leur manière de considérer les patients et eux-mêmes.



Il a été retrouvé que l'empathie autoévaluée déclinait au cours des études puis de l'internat, surtout chez ceux qui choisissaient des spécialités non orientées vers la personne. Ce déclin était particulièrement marqué une fois en stage. Plusieurs raisons ont été avancées pour expliquer cela.

Côtoyer la morbi-mortalité augmente le sentiment de vulnérabilité des étudiants : pour se protéger eux-mêmes, ils déshumanisent le patient. Cette explication concorde avec les résultats d'une étude sur des cerveaux de médecins, qui montrait que l'expertise médicale occasionnait une réaction sensorielle provoquée par la perception de la douleur chez les autres moins forte (72). Les auteurs concluaient que cette réaction favorisait l'objectivité des médecins.

Le fait d'être responsable des patients et de se rendre compte qu'on ne peut pas tous les sauver peut être accablant et entraîner une adaptation négative, déshumanisante. Les étudiants doivent souvent gérer seul le stress d'être responsable, mais aussi de rater des gestes techniques ou de ne pas avoir suffisamment de connaissances académiques. Cette anxiété, à laquelle s'ajoute le stress de l'internat, amène de la distance avec le patient, parfois des sentiments négatifs, plus ou moins occultés (8). Cela peut expliquer l'augmentation du cynisme chez les étudiants en médecine (56,73,74) et leur engagement moins fort à prendre soin de ceux en difficulté médicale.

Il est intéressant de constater que l'on retrouve les mêmes résultats chez les étudiants en dentaire, mais pas chez les infirmières. Hojat soutient que la pensée élitiste des étudiants entrant en médecine les éloigne des patients (56). Mais peut-on expliquer ce phénomène uniquement par une pensée élitiste ?

La détresse des étudiants en médecine, c'est-à-dire les critères de dépression, de *burn-out* ou de qualité de vie mauvaise, a été associé à une baisse de l'empathie (74–77). Cela correspond avec les études dans la population générale, où le taux d'empathie était lié à la qualité de vie et à la richesse de la vie sociale (78). Chez les étudiants en médecine, la charge de travail élevée, le manque de sommeil et de temps de relaxation (79) influencent négativement leur empathie. Ils ont moins de contact avec leur famille et manquent de soutien social par leurs pairs. La toxicomanie chez les étudiants a aussi été avancée comme une explication à la baisse d'empathie (66).

On retrouve l'idée de désillusion traumatique, d'absence de modèle positif d'identification, de manque de temps auprès des patients dans les études de Newton en 2008 (57) et de Marcus en 1999 (80):

*“Students’ identification with a cold and uncaring role model, greater emphasis on technological than on humanistic aspects of medicine, and development of a sense of being a part of a privileged group (elitism) are among the factors that contribute to the decline in empathy during medical education.”<sup>7</sup>*

---

<sup>7</sup> « Les étudiants qui s'identifient à un modèle froid et non compatissant, la priorité accordée à la technologie plutôt qu'aux aspects humains de la médecine, et le développement du sentiment d'appartenance à un groupe privilégié (élitisme) sont parmi les facteurs qui contribuent au déclin de l'empathie au cours des études médicales. »

L'idéalisme, l'enthousiasme et l'humanité présents en début d'études diminuent une fois les étudiants confrontés à la réalité clinique. Ils se concentrent alors sur l'objectivité et la technologie.

Au total, peut-on en conclure que le déclin de l'empathie est inéluctable, qu'il s'agit d'une réaction nécessaire et naturelle à la maturité des étudiants pour devenir un médecin efficace ?

Konrath *et al.* (81) ont conduit une méta-analyse sur l'évolution de l'empathie perçue par des étudiants en médecine de 1979 à 2009. Elle a montré que les étudiants en médecine en 2009 avaient environ 40% en moins d'empathie que des étudiants d'il y a 20 à 30 ans. Le déclin de l'empathie était plus marqué dans les années 2000, suggérant que la nouvelle vision moderniste de la médecine jouait un rôle délétère sur l'empathie.

Le modèle biomédical ne peut être critiqué, vu son efficacité à soigner de plus en plus de maladies. Mais sa prédominance dans tous les aspects de soins, y compris relationnels, conduit à « *une idéalisation de la perfection de la santé, de la maîtrise de la maladie* » (82).

Dans la culture occidentale capitaliste, la productivité individuelle, l'idéalisation de la santé et l'avancée de la médecine mènent à la « commercialisation » de la santé, à une médecine performante à tout prix. C'est ce qu'on appelle le paradigme biomédical. De même, la dépendance technologique et son idéalisation (ordinateurs, imagerie, biologie) éloignent le médecin de son patient (83,84), en le réduisant à des normes biologiques ou à des images (86). Des entretiens avec des médecins montrent qu'ils pensent que, dans la société occidentale moderne, il est devenu moins important et moins naturel de s'intéresser aux autres et d'être affecté par leurs problèmes (82).

Il y a, en France comme ailleurs, un décalage entre les recommandations officielles et l'orientation de l'enseignement « *off* » :

*“North American medical education favors an explicit commitment to traditional values of empathy, compassion, and altruism—and a tacit commitment to an ethic of detachment, self-interest and objectivity.”*<sup>8</sup> (87)

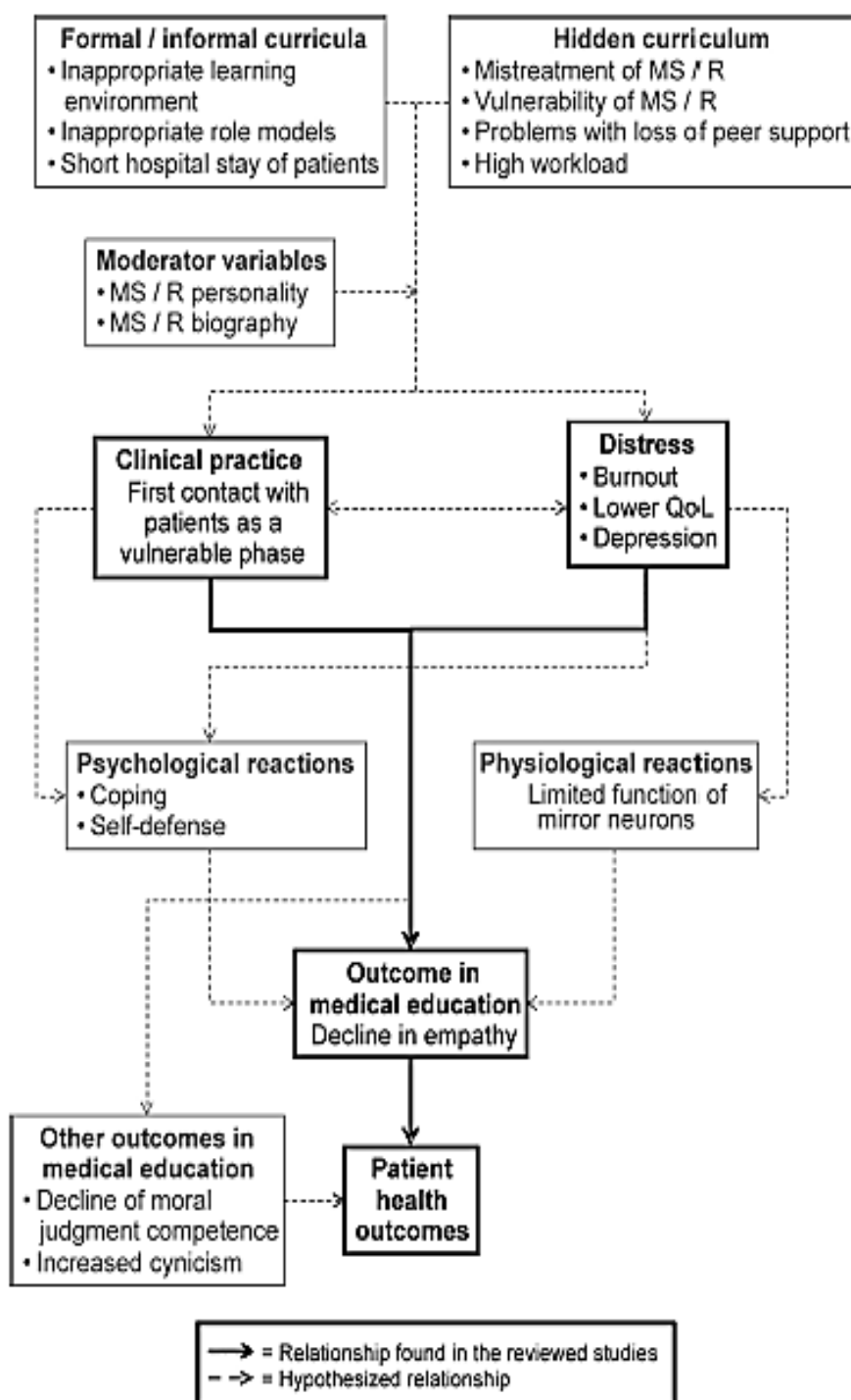
La figure 2 ci-dessous reprend les raisons soulevées par Neumann pour expliquer le déclin de l'empathie au cours des études médicales, dans sa méta-analyse publiée en 2011.

---

<sup>8</sup> *“L'éducation médicale aux Etats-Unis favorisent de manière explicite les valeurs traditionnelles comme l'empathie, la compassion, et l'altruisme – alors qu'implicitement, elle favorise un esprit de détachement, d'égoïsme et d'objectivité.”*

**Figure 2. « Modèle des raisons contribuant au déclin de l'empathie pendant la formation initiale et l'internat » selon Neumann (53)**

MS = medical student, R = resident, QoL = quality of life



Il faut donc, pour valoriser l'empathie au cours des études et de l'exercice médical autrement qu'en théorie, étudier des manières de l'enseigner et de la développer.

### 3.4. PEUT-ON ENSEIGNER L'EMPATHIE ?

Nous avons montré que l'empathie était un processus évolutif chez une personne, guidé par son expérience personnelle, notamment celle de ses études. L'enseignement « off » influence ce « savoir-être » de l'étudiant, déjà façonné par son caractère et son éducation. La connaissance du comportement approprié lors d'une relation, qu'elle soit personnelle ou professionnelle, est implicite, inconsciente. Mais les compétences relationnelles peuvent être travaillées, tout comme l'empathie.

Selon certains auteurs, l'empathie ne peut être enseignée, juste favorisée. Le courant de pensée considérant l'empathie davantage comme une attitude que comme une compétence supporte l'idée de la création d'un environnement propice à son apparition. L'empathie affective peut être développée en mettant l'accent sur les ressentis des étudiants auprès des patients, en leur laissant de l'espace pour s'exprimer et en valorisant une vision humaniste des soins.

Ces auteurs proposent de modifier l'« *hidden curriculum* », pour un enseignement « off » en faveur d'une relation centrée sur le patient, avec des enseignants plus attentifs aux étudiants.

Davis insiste sur la valorisation et la bientraitance des étudiants (88). En leur apprenant l'écoute, le respect, la tolérance, en diminuant leur anxiété, on faciliterait une attitude empathique. Shapiro critique le paradigme biomédical, déjà mentionné plus haut comme une des causes du déclin de l'empathie, et propose de favoriser un modèle d'interaction avec le patient (82). Dobie va dans ce sens en offrant de mettre plus en valeur la conscience de soi et l'attention aux autres dans le programme médical (89).

D'autres auteurs recherchent des manières pratiques de l'enseigner en se fondant sur la composante cognitive de l'empathie. Cela passe souvent par des cours de communication orientés vers la reconnaissance des émotions de l'autre et de soi-même, et l'apprentissage de techniques pour y faire face.

Plusieurs techniques existent, qui se concentrent sur la communication avec le patient, de manière hypothétique ou pratique en revenant sur des situations vécues :

- Groupe Balint (2,90)
- Entraînement à la conscience de soi et de ses sentiments (91,92)
- Discussions de groupe autour d'expériences auprès de patients (93,94), sur les problèmes de vulnérabilité et de responsabilités dans les situations de soins (95)
- Focus groupes (modèle d'identification, support social) (96)
- Jeu de rôle, simulation de l'échange avec le patient (97)
- Visionnage et décodage de vidéos de consultation (98)
- Littérature, théâtre, ou écriture d'un récit du point de vue du patient (99,100)

Une revue de la littérature par Stepien and Baernstein en 2006, *Educating for Empathy* (101), reprenait toutes les études montrant une augmentation de l'empathie. Voici les moyens d'enseignement utilisés :

Augmentation quantitative:

- Atelier sur les compétences de communication (102–105)
- Atelier de communication par écoute d'auto-enregistrement (106,107)
- Cours de littérature et de médecine (108,109)
- Cours d'empathie, de spiritualité et de bien-être (110)

Augmentation qualitative:

- Accompagnement d'un patient lors d'une consultation médicale (111)
- Hospitalisation de l'étudiant de 24 à 30h consécutives (112)
- Théâtre (113)
- Séminaire d'écriture réflexive (114)

Une fois que l'empathie fut entrée officiellement dans le programme médical de manière internationale, la façon de l'enseigner a été beaucoup étudiée. Pour l'instant, il n'existe pas de méthode claire et standardisée, ce qui sera peut-être toujours le cas, tant l'empathie peut être considérée comme influençable et fluctuante, selon les individus et chez une même personne.

De plus, son enseignement reste ponctuel, en marge du programme et souvent difficile à mettre en place au sein d'études denses et longues. C'est pour cela qu'il faut continuer à réfléchir à de meilleurs moyens, plus pratiques, plus pérennes, pour l'enseigner.

## 4. PEUT-ON MESURER L'EMPATHIE?

### 4.1. HISTORIQUE DES TESTS D'EMPATHIE

Avec l'évolution des définitions de l'empathie se sont développés différents tests d'évaluation. Le *Questionnaire Measure of Emotional Empathy* (QMEE), créé par Mehrabian et Epstein en 1972, mesure l'aspect affectif de l'empathie, alors que l'*Empathy Scale* d'Hogan (HES) créé en 1969 évalue son aspect cognitif. Le *Balanced Emotional Empathy Scale* (BEES) est une version plus récente du QMEE, créé par Mehrabian et Epstein en 1972. Il mesure l'empathie affective par un auto-questionnaire de 30 questions. Les résultats sont calculés à l'aide d'un logiciel. Mais ces échelles ont été considérées comme incomplètes, ne prenant pas en compte le caractère multidimensionnel de l'empathie, contrairement à l'*Interpersonal Reactivity Index* (IRI) de Davis créé en 1983. Celui-ci mesure les différentes composantes de l'empathie, affective et cognitive, par le biais de questions distinctes, et dont les composantes sont indépendantes. Nous y reviendrons de manière plus précise.

Il est à noter que ces différentes échelles ont été développées pour mesurer l'empathie dans la population générale, et non dans le cadre particulier de la pratique médicale, où l'empathie peut avoir une signification différente.

Le *Consultation and Relational Empathy measure* (CARE) a été développé grâce à une étude auprès de médecins généralistes en 2004 par Mercer *et al.* et se base sur une hétéro-évaluation du médecin par le patient. Elle a été jugée comme la plus pertinente pour sa validité et sa fiabilité, mais est peu utilisée dans les études, probablement en raison de sa difficulté d'utilisation.

Enfin, Hojat en 2001 a développé une mesure de l'empathie spécifique au domaine médical (115). La *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE) a été conçue à partir d'une revue de littérature étendue, puis testée sur un panel de professionnels médicaux (étudiants et médecins). Elle s'appuie principalement sur la caractéristique cognitive de l'empathie en reprenant des thèmes médicaux. Elle a été validée dans le cadre de la pratique médicale, ainsi que dans sa version en français pour les médecins.

Bien sûr, l'empathie, notion subjective, est difficile à mesurer de manière quantitative et reproductible, mais ces tests ont montré leur cohérence et leur validité.

Une importante revue de la littérature a été conduite sur les tests d'empathie chez les médecins par Hemmerdinger en 2007 (116). L'empathie était mesurée de trois différentes perspectives :

- L'auto-évaluation, où le médecin s'évalue lui-même. Cette méthode est la plus utilisée dans les études (JSPE, IRI, BEES).
- L'évaluation par le patient : l'échelle *Consultation and Relational Empathy measure* (CARE).
- L'évaluation par une troisième personne (pairs).

Cette étude distinguait la JSPE et l'IRI parmi les 8 échelles étudiées, qui auraient les meilleures fiabilité et validité, et qui seraient les plus utilisées dans les études. Néanmoins les auteurs ne préconisent pas l'utilisation de ces tests comme critère de sélection en première année car ils n'ont pas selon eux une valeur prédictive suffisante. La critique porte surtout sur leur persistance dans le temps.

**Figure 3. « Tests d'empathie identifiés, avec leur fiabilité et leur validité »** extrait concernant la JSPE et l'IRI, selon la revue de littérature de Hemmerdinger (117)

Test	Type of Assessment	Reliability	Internal Consistency	Validity	Notes
Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)	1 <sup>st</sup> Person	<p>Test-retest <b>correlation</b> over 3-4months in physicians (<math>r=0.65</math>, <math>n=71</math>)[5]</p> <p>Test-retest <b>change</b> over 12 months in medical students (Cohen's <math>d=0.29</math>, <math>n=125</math>, <math>p&lt;0.05</math>)[2].</p>	<p>Item-total score correlations from 0.30-0.60[7]</p> <p>Cronbach's alpha= 0.89[4] 0.81[5] 0.87[3] 0.89[3]</p>	<p>Association between empathy scores and assessed competence in students but no significant association with scientific knowledge[6]. Student empathy scores associated with later ratings of empathy by directors during residency[8]. Statistically significant differences in scores between specialties and, possibly, between genders[5,7]. Factor structure consistent with expectation[5]. Extensive convergent and divergent validity assessments during test development. Formal investigation of appropriate components, with piloting for face validity, and factor analysis[3]. Correlations with Davis' Interpersonal Reactivity Index (<math>r=0.45</math> for total scales)[9].</p>	The most heavily researched test and specifically designed from scratch for the assessment of physician empathy.
Davis' Interpersonal Reactivity Index (DIRI)	1 <sup>st</sup> Person	<p>Repeated 4 times over 3 years. Statistically significant <b>change</b> over 3 years of residency (effect size = -0.51, <math>p = 0.05</math>)[15]</p>	<p>Subscales Cronbach's alphas:</p> <p>Perspective Taking = 0.77</p> <p>Empathic Concern = 0.72</p> <p>Personal Distress = 0.77</p>	<p>Samples at varying stages of medical education compared to normative data on empathy scores[10]. Principal components analysis used to develop a model relating empathy, tolerance for ambiguity, and clinical performance[11]. Correlation between DIRI and Trait Meta-Mood Scale (<math>r=0.44</math>)[12]. May be associated, weakly, with reported self-perceived empathy</p>	Validity assessments were largely incidental to theory/model development.

## 4.2. JEFFERSON SCALE OF PHYSICIAN EMPATHY

La *Jefferson Scale of Physician Empathy* a été conçue par Hojat en 2001 (115) pour mesurer l'empathie spécifiquement dans le cadre de la pratique médicale. Un auto-questionnaire a été développé, basé sur une revue de la littérature et testé sur des médecins puis des étudiants en médecine. Il en a été tiré plusieurs versions, dont celle destinée aux étudiants en médecine, la *Jefferson Scale Of Physician Empathy – Medical Student* (JSPE-MS): les questions restent les mêmes, mais elles sont à la troisième personne plutôt qu'à la première.

Le questionnaire de la JSPE-MS comprend 20 items, dont les réponses sont notées par un nombre : de 1 « Pas du tout d'accord » à 7 « Tout à fait d'accord ». Les scores s'échelonnent donc entre un minimum de 20 et un maximum de 140.

### 4.2.1. VALIDITE ET FIABILITE DE LA JSPE

L'échelle, une fois établie, a été testée par plusieurs études (117–119) qui ont démontré sa validité interne et externe et la fiabilité de sa cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach). Pour rappel, sa valeur s'établit entre 0 et 1, étant considérée comme "acceptable" à partir de 0,7 (120). Dans les études, ce coefficient allait de 0.76 (121) à 0.89 (122) pour les étudiants en médecine. La stabilité entre le premier et le deuxième test a été mesurée à 0.65 pour 3 mois d'intervalle.

Par ailleurs, les scores à la JSPE ont été corrélés avec une évaluation de l'empathie par un tiers (123,124).

### 4.2.2. MOYENNE, ECART-TYPE ET DIFFERENCE ATTENDUE DE LA JSPE-MS DANS LES ETUDES

En reprenant les données de la littérature, voici dans le tableau 1 ci-dessous quelques exemples de la répartition des scores à la JSPE-MS. Les articles ont été trouvés en utilisant dans PubMed les mots clés « *empathy* » « *evolution* » et « JSPE-MS ». Les données suivantes ne sont pas exhaustives mais sont assez cohérentes. Il est intéressant de connaître les différences de la JSPE-MS selon les pays.

Nous retrouvons dans le tableau 1 ci-dessous des moyennes à la JSPE-MS aux environs de 112, entre 98.5 et 123.1. L'écart-type moyen et les différences de scores sont respectivement à 10 et 10 environ.



**Tableau 1. Moyennes, écart-types et différences de score à la JSPE-MS selon la littérature**

	<b>MOYENNE JSPE-MS :</b>	<b>ECART TYPE JSPE-MS :</b>	<b>DIFFERENCE DE SCORE</b>
<b>An empirical study of decline in empathy in medical school, Hojat, 2004 (55) USA</b>	- 123.1 au début de la 3 <sup>ème</sup> année - 120.6 à la fin de la 3 <sup>ème</sup> année	- 9.9 - 13.9	Diminution de 2.5 au cours de la 3 <sup>ème</sup> année de médecine, p<0.05
<b>A cross-sectional measurement of medical student empathy, Chen, 2007 (59) USA</b>	- 118.5 en 1 <sup>ère</sup> année - 112.7 en 3 <sup>ème</sup> année - 106.6 en 4 <sup>ème</sup> année		Diminution du score de 11.9 entre la 1 <sup>ère</sup> et la 4 <sup>ème</sup> année, p<0.001
<b>Comparing a self-administered measure of empathy with observed behaviour among medical students, Chen, 2010 (125) USA</b>	- 118.63 en 2 <sup>ème</sup> année - 116 au cours de la 3 <sup>ème</sup> année		Diminution du score de 2.55 en 1 an, p<0.0001
<b>Empathy as related to motivations for medicine in a sample of first-year medical students, Goncalves, 2013 (52) Portugal</b>	110 en 1 <sup>ère</sup> année	11	
<b>The devil is in the third year : a longitudinal study of erosion of empathy in medical school, Hojat, 2009 (56) USA</b>	- 114.5 au début des études - 114.9 en 1 <sup>ère</sup> année - 115.2 en 2 <sup>ème</sup> année - 108.5 en 3 <sup>ème</sup> année - 109.6 en 4 <sup>ème</sup> année	- 10 - 10.9 - 11.4 - 11.4 - 13.2	Diminution du score de 6 en 3 ans, p<0.05
<b>Levels of empathy among medical students in Kuwait university, Hasan, 2013, (126) Kuwait</b>	104.6	16.3	
<b>Help, I'm losing patient centredness, Bombeke, 2010 (96) Belgique</b>	107 puis 108 110 puis 108		
<b>Empathy in senior year and first year medical students : a cross-sectional study, Magalhães, 2011 (127) Portugal</b>	110 en 1 <sup>ère</sup> année puis 118 en dernière année	10.6 puis 9	Augmentation du score de 8 en 6 ans
<b>Measurement of empathy among japanese medical students, Kataoka, 2009 (67) Japon</b>	De la 1 <sup>ère</sup> à la 6 <sup>ème</sup> année : - 98.5 - 103.8 - 105 - 102.8 - 105.4 - 107.8	- 15.4 - 15.4 - 10.8 - 14.4 - 13.6 - 12.1	Augmentation du score de 9.3 en 6 ans

#### 4.2.3. COMPOSANTES DE LA JSPE (MS)

Le test a été étudié plus précisément par Hojat en 2002 qui en a tiré trois composantes, agissant de manière indépendante, et cohérentes avec la notion multidimensionnelle de l'empathie :

- « *Perspective taking* » : capacité à adopter et comprendre le point de vue du patient, considéré comme la partie la plus importante de l'empathie et correspondant à ce qui est retrouvé dans la population générale, explorant plutôt l'aspect cognitif ;
- « *Compassionate care* » : attention et importance donnée aux émotions de l'autre ;
- « *The ability to stand in the patient's shoes* » : capacité de se mettre à la place du patient, de manière plus inconsciente.

Ces deux dernières composantes sont plus spécifiques de la relation médecin-malade.

Le questionnaire détaillé se trouve en annexe.

#### 4.3. INTERPERSONAL REACTIVITY INDEX

L'IRI a été conçu pour tous, indépendamment d'un cadre professionnel. Il s'appuie sur le concept multidimensionnel de l'empathie et décrit grâce à quatre sous-échelles de 7 questions, ses différentes dimensions :

- Dimension cognitive :
  - « *Perspective taking* » : tendance spontanée à adopter le point de vue des autres. Cette échelle prend comme référence le réel (en opposition à la « *fantasy scale* »)
  - « *Fantasy scale* » : capacité à se transposer par l'imagination dans des histoires fictives et à s'imaginer dans les mêmes situations que ses personnages
- Dimension affective :
  - « *Empathic concern* » : capacité à ressentir de la compassion ou de l'intérêt pour autrui
  - « *Personal distress* » : mesure les émotions (anxiété, stress) qui empêchent d'aider les autres

Un score élevé à cette échelle traduit une capacité générale à faire preuve d'empathie, mais les quatre sous-échelles ne sont pas toutes corrélées positivement. Pour interpréter l'IRI, il faut calculer les scores à chaque échelle de manière indépendante.

L'IRI a démontré un bon degré de consistance interne, une stabilité premier-deuxième test et est corrélé aux autres échelles validées d'empathie (88). Malgré une conception initiale pour la population générale, elle est souvent utilisée dans le cadre médical (128).

Par ailleurs, différentes études ont montré une corrélation significative entre les résultats à l'IRI et à la JSPE ( $r = 0.45$ ,  $p < 0.01$ ) (69), ainsi que pour les sous-échelles « *empathic concern* » ( $r = 0.40$ ), « *perspective taking* » ( $r = 0.27$ ) et « *fantasy scale* » ( $r = 0.32$ ). Ces résultats ont aussi été retrouvés avec la version JSPE-MS.

Le questionnaire détaillé se trouve en annexe.

#### 4.4. QUEL TEST CHOISIR ?

Il existe de nombreuses échelles destinées à mesurer l'empathie, tout autant que de définitions de celle-ci. Suivant le domaine où elle a été développée, l'échelle d'empathie se concentre sur la composante affective ou cognitive, se veut plus objective ou au contraire mesure des sentiments personnels. Une auto-évaluation sera toujours inauthentique et simpliste face aux différents modes d'expressions de l'empathie. De plus, elle appréciera la vision que la personne a de son empathie, ou de celle qu'elle devrait avoir, et non l'empathie qu'elle a vraiment. Cependant, elle est plus simple à mettre en pratique qu'une hétéro-évaluation, notamment chez les étudiants en médecine qui ne font que rarement des consultations.

Nous avons décidé d'utiliser la JSPE-MS car elle a été spécialement conçue pour la mesure de l'empathie chez les médecins, avec une échelle développée spécifique aux étudiants en médecine. Elle donne plus d'importance à l'aspect cognitif de l'empathie que l'IRI. C'est aussi celle qui a été la plus utilisée dans les études sur l'empathie des médecins et des étudiants en médecine (116).

## 5. PROBLEMATIQUE

Nous avons vu la place importante que tient l'empathie dans la relation médecin-malade, en termes d'efficacité de soins, de satisfaction du patient et d'accomplissement du praticien. C'est pourquoi elle fait partie des compétences que les étudiants en médecine doivent acquérir.

Or, les moyens de l'enseigner ne sont pas encore établis, et ont fait l'objet de plusieurs études. Celles-ci ont notamment montré l'importance de l'« *hidden curriculum* » ou formation parallèle qui façonne l'étudiant. Elles ont aussi avancé l'idée que les étudiants s'identifient à un modèle froid et non compatissant lors de leurs expériences cliniques, principalement hospitalières. Leurs conditions de vie, le stress et le manque de sommeil, le manque de soutien de leurs supérieurs, peuvent aussi favoriser un déclin de l'empathie.

Au contraire, le stage en soins primaires met en avant la relation empathique avec le patient, dont l'étudiant peut être témoin grâce à l'observation d'un modèle d'identification, au partage de ressentis avec son maître de stage et à une relation plus privilégiée avec le patient. C'est pourquoi nous faisons l'hypothèse que l'empathie est favorisée par un stage chez le médecin généraliste.

Les stages chez le praticien sont devenus obligatoires au cours de l'externat en France. Mais à l'université Paris Descartes comme ailleurs, ils sont encore trop peu nombreux, faute de praticiens disponibles et leur utilité étant souvent dévaluée. Nous voulons par ce travail ajouter à leur légitimité et à leur importance.

Notre objectif principal est de montrer une augmentation du score à la JSPE-MS, mesurant les capacités empathiques des étudiants, après un stage chez le médecin généraliste, comparé à l'évolution de ce score chez des étudiants ayant effectué leur stage à l'hôpital.

Nos objectifs secondaires sont de connaître, d'une part l'évolution de l'IRI selon les mêmes critères, et d'autre part, l'évolution des composantes de ces deux scores. Nous voulons aussi étudier les variables sociodémographiques qui influencent l'empathie des étudiants en médecine de notre population.

Nous avons ainsi étudié trois types de variables : les variables sociodémographiques, les résultats à la JSPE-MS et à l'IRI.

Cette thèse s'inscrit dans le cadre d'un travail sur l'empathie effectué au département de Médecine Générale de l'université Paris Descartes.

## 6. MATERIEL ET METHODES

### 6.1. DESCRIPTION DE L'ETUDE

#### 6.1.1. CADRE DE L'ETUDE

Pour étudier l'évolution de l'empathie chez les étudiants en médecine, nous avons effectué une étude cas-témoins entre les externes effectuant un stage chez le praticien, et ceux en stage hospitalier clinique.

En effet, évaluer uniquement l'évolution de l'empathie des externes en stage chez le praticien aurait pu mener à la conclusion qu'une hausse d'empathie était liée à l'expérience ou à la maturité acquise après 3 mois de stage supplémentaires. Nous avons donc ajouté les externes en stage hospitalier en tant que groupe témoin.

Nous avons évalué l'empathie de ces deux groupes d'externes avant puis après leur stage, afin d'étudier l'évolution de leur empathie.

L'étude a été menée au sein de l'Université Paris Descartes, auprès d'étudiants de deuxième cycle des études médicales (DCEM) de troisième (DCEM 3) et quatrième années (DCEM 4). Le deuxième cycle succédant à un premier cycle de deux années, les étudiants étaient donc respectivement en cinquième et sixième années. Ayant suivi mes études dans cette université, il était plus facile d'accéder aux externes.

Cette étude est donc une étude cas-témoins, prospective, avec des séries consécutives, non randomisée.

#### 6.1.2. PARTICIPANTS

##### **a) Critères d'inclusion et de non inclusion**

Au cours d'une période de trois stages consécutifs, soit 9 mois, les étudiants qui choisissaient d'aller en stage chez le praticien ont été tous inclus. Pour chaque promotion, le questionnaire a aussi été distribué aux étudiants ayant choisi un stage hospitalier clinique, de manière aléatoire, c'est-à-dire selon la participation volontaire des étudiants et leur accessibilité.

Les critères de non inclusion étaient :

- Les étudiants n'ayant pas répondu à toutes les questions du JSPE-MS (choisi en tant que critère principal)
- Les étudiants ayant déjà participé à l'étude
- Les externes allant dans un stage hospitalier non clinique (chirurgie, biologie...)

Les étudiants n'ayant pas répondu au deuxième questionnaire, après leur stage, ont été exclus.

## **b) Taille de l'échantillon**

Le choix de la taille de l'échantillon a été fait grâce au logiciel Biostatgv, disponible sur internet à l'adresse : <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv>. Nous nous sommes appuyés sur les données de la littérature pour le choix de la différence attendue et de l'écart-type de la JSPE-MS (développées dans la partie précédente sur la JSPE-MS) :

- L'écart-type moyen a été déterminé selon l'évolution des résultats au score à la JSPE-MS dans plusieurs études (59,61,83,129–133), soit 10 en moyenne ;
- L'effet recherché a été calculé de la même manière (59,65,83,134), soit 10 en moyenne ;
- La puissance et le risque  $\alpha$  ont été choisis arbitrairement à respectivement 5% et 80%.

L'effectif d'étudiants nécessaire obtenu était de 32, dont 16 étudiants dans chaque groupe. Nous avons décidé de choisir cet effectif comme minimum, et d'inclure autant d'étudiants que possible.

Le deuxième cycle des études médicales marque le début de l'externat, où les étudiants sont en stage le matin et en cours l'après-midi. A l'Université Paris Descartes, l'année est divisée en quatre stages de 3 mois, stage que les étudiants choisissent selon un système de classement aléatoire.

Les stages chez le médecin généraliste sont proposés à une seule promotion par trimestre, et ne peuvent accepter que 17 externes. Au cours de l'année 2013-2014, ce stage a été proposé aux DCEM 4 pour la période d'octobre à décembre 2013, puis deux fois consécutives aux DCEM 3, pour les stages de janvier à mars 2014 et d'avril à juin 2014. Les promotions comptaient entre 300 et 400 externes.

Pour permettre un effectif suffisant d'externes en stage chez le praticien, trois séries d'étudiants ont été inclus au cours de trois trimestres de stages consécutifs, entre octobre 2013 et juin 2014. Les étudiants ont donc répondu aux questionnaires :

- Fin septembre 2013, avant le début de leurs stages puis en janvier 2014 pour les DCEM 4
- Fin décembre 2013 puis début avril 2014 pour le premier groupe de DCEM 3
- Fin avril 2014 puis fin juin-début juillet pour le deuxième groupe de DCEM 3

Il n'y a pas eu de suivi ultérieur.

## 6.2. INSTRUMENTATION

### 6.2.1. PREMIER QUESTIONNAIRE, AVANT LE STAGE

#### 6.2.1.1. Données sociodémographiques

##### *a) Données administratives*

Nous avons demandé les initiales et l'adresse email des étudiants, afin de pouvoir les recontacter tout en préservant leur anonymat.

Les études ont montré l'influence sur le taux d'empathie du sexe, de l'existence d'une fratrie, de l'implication dans une relation ou de la classe socio-économique. Ces données ont donc été ajoutées au questionnaire.

Le niveau socio-professionnel des parents a été obtenu selon leur travail, noté de 1 à 3 (1 étant un niveau élevé, diplôme supérieur, 2 un niveau moyen, du baccalauréat au niveau bac+2, et 3 un niveau bas, sans obtention du bac). La classe socio-économique retenue pour l'étudiant était la catégorie socio-professionnelle du parent la plus haute.

##### *b) Rang de choix de stage et volonté de choix d'un stage chez le médecin généraliste*

Ces questions visent à connaître la motivation de l'étudiant pour le stage chez le médecin généraliste. Un étudiant bien classé peut choisir le stage qu'il préfère. Ainsi, il était demandé aux étudiants allant à l'hôpital si leur choix se serait porté sur un stage chez le praticien en cas de meilleur classement.

##### *c) Le fait d'avoir déjà assisté à des consultations de Médecine Générale*

Chez les étudiants en stage hospitalier, il a été demandé s'ils avaient déjà assisté à des consultations de Médecine Générale, pour éviter un biais.

##### *d) Facteurs ayant montré leur influence sur l'empathie*

- Spécialité envisagée, regroupée dans l'un des trois groupes :

- Médecine Générale
- Autre spécialité médicale
- Chirurgie, Anesthésie, Radiologie, Radiothérapie, Santé publique, Biologie

- Sentiment de stress et tendance à la dépression :

Pour le stress, l'étudiant devait évaluer son stress de 1 (pas du tout stressé(e)) à 10 (très stressé(e)). De même, il répondait à la question : « vous sentez vous déprimé(e)? » de 1 (Pas du tout déprimé(e)) à 10 (très déprimé(e)).

- Hospitalisation antérieure

- Psychothérapie

### 6.2.1.2. JSPE-MS

Comme expliqué plus haut, la JSPE-MS a été créée pour mesurer spécifiquement l'empathie des étudiants en médecine.

Le questionnaire de la JSPE-MS comprend 20 items, dont les réponses sont cotées par un nombre : de 1 « Pas du tout d'accord » à 7 « Tout à fait d'accord ». Les questions négatives sont cotées inversement (questions 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18 et 19). Les scores vont de 20 à 140 au maximum, un score plus élevé indiquant une tendance à un comportement plus empathique.

Il existe deux versions différentes : une version pour les étudiants (JSPE-S ou JSPE-MS) et une version pour les médecins (JSPE). La différence réside uniquement dans la formulation des questions : le médecin juge son comportement à la première personne, alors que l'étudiant évalue sa perception de l'attitude empathique qu'un médecin devrait avoir. La version française de la JSPE a été validée, contrairement à la JSPE-MS. Celle-ci a été fournie en français par le Professeur François Goupy.

Cette échelle a été conçue avec trois dimensions, que nous avons développées plus haut, agissant comme des facteurs conceptuels indépendants :

- « *Perspective taking* » : items 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17 et 20, dont le score varie entre 10 et 70 ;
- « *Compassionate care* » : items 1, 7, 8, 12, 14, 18 et 19, dont le score varie entre 7 et 49 ;
- « *The ability to stand in the patient's shoes* » ou « *Standing in the patient's shoes* » : cette dimension comporte seulement 2 items (3 et 6) : le score varie entre 2 et 14.

Nous avons choisi cette échelle comme critère principal de notre étude car elle a montré sa fiabilité et sa validité chez les étudiants en médecine.

### 6.2.1.3. IRI

L'IRI comporte 28 items, chacun comportant une échelle de type Likert sur 5 points (de 0 = désaccord complet à 4 = accord complet), et quatre dimensions, que nous avons développées plus haut, chacune avec 7 items :

- « *Perspective taking* » : items 3, 8, 11, 15, 21, 25, 28 ;
- « *Empathic concern* » : items 2, 4, 9, 14, 18, 20, 22 ;
- « *Fantasy scale* » : items 1, 5, 7, 12, 16, 23, 26 ;
- « *Personal distress* » : items 6, 10, 13, 17, 19, 24, 27.



D'après une revue de littérature (6), l'IRI est l'échelle la plus utilisée dans les études sur l'empathie en médecine.

Nous avons décidé d'ajouter l'IRI dans le questionnaire et de l'utiliser en critère secondaire, car il mesure de manière plus complète la composante affective de l'empathie. Par ailleurs, la corrélation entre la JSPE-MS et l'IRI sera recherchée en tant que critère secondaire.

#### *6.2.2. DEUXIEME QUESTIONNAIRE, APRES LE STAGE*

Le deuxième questionnaire s'appuyait, comme le premier, sur les questions de la JSPE-MS et de l'IRI. Les autres questions, qui entraînaient une réponse identique au premier questionnaire, ont été enlevées, à l'exception de l'évaluation du stress et de la tendance à la dépression. En effet, ces deux échelles sont évolutives et mesurent des facteurs qui ont montré une influence directe sur l'empathie.

Les externes n'ayant pas répondu au deuxième questionnaire ont été exclus de l'étude, ainsi que ceux n'ayant pas répondu à toutes les questions de la JSPE-MS. Seules les données des questionnaires complétés au début et à la fin du stage ont été analysées.

De la même manière, pour analyser les résultats de l'IRI, les étudiants qui ne l'avaient pas complété entièrement au premier et au deuxième questionnaire ont été exclus.

#### *6.2.3. QUESTIONNAIRE LIMESURVEY*

Le questionnaire a été transcrit en formulaire grâce au logiciel LimeSurvey, téléchargeable sur internet. Il était identique au questionnaire papier et était accessible par les étudiants via une adresse internet, à l'exception du fait que l'étudiant ne pouvait pas l'envoyer s'il n'avait pas répondu à tous les items de la JSPE-MS et renseigné ses initiales et son adresse email.

#### *6.2.4. DONNEES ETHIQUES*

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et le Comité de Protection des Personnes (CPP) ont été approchés avant le début de la thèse et ont donné leur accord (en annexe). Les questionnaires, qu'ils soient en version papier ou informatiques, étaient anonymes. Chaque étudiant s'identifiait grâce à ses initiales et sa date de naissance.

Sur internet, le questionnaire, élaboré à partir du logiciel LimeSurvey, était protégé par un mot de passe. Les données n'étaient accessibles que par ma directrice de thèse et moi-même. Il n'y a aucun nom publié dans la thèse. Les adresses emails ont aussi été protégées par envoi en copie cachée. De nombreux avertissements ont été prodigués tout au long du processus des réponses pour rassurer les étudiants sur la protection de leurs données. Il y avait notamment des mentions spéciales pour la question sur la psychothérapie ou sur la délivrance de l'adresse internet.

## 6.3. PROCEDURE DE L'ETUDE

### 6.3.1. DESCRIPTION DES ETAPES D'INTERVENTION

#### a) Recrutement

Le recrutement s'est fait de deux manières : distribution de questionnaires papiers lors des choix de stage, et envoi de questionnaires par internet. Les adresses internet ont été recueillies auprès de l'administration pour les externes en stage chez le praticien, et directement auprès des étudiants chez ceux en stage hospitalier.

Il existait donc trois groupes d'externes avec trois interventions successives, chaque groupe étant séparé en deux (externes en stage chez le praticien et externes en stage hospitalier) :

- ✓ Octobre 2013 - Janvier 2013 : DCEM 4
- ✓ Janvier 2014 - Mars 2014 : DCEM 3
- ✓ Avril 2014 - Juin 2014 : DCEM 3

#### b) Premier temps

Dans un premier temps, les questionnaires papier ou sur internet ont été recueillis avant le début du stage, en septembre 2013 pour les DCEM 4, puis en janvier 2014 et en mars 2014 pour les DCEM 3.

Pour recruter les étudiants, des questionnaires ont été distribués lors du choix de stage, où toute la promotion était représentée, avec une annonce au début du choix. Les étudiants remettaient le questionnaire rempli sur une version papier ou donnaient leur adresse email afin de le remplir par internet, par LimeSurvey.

Les étudiants en stage chez le praticien ont été tous approchés par email (liste envoyée par la secrétaire de Médecine Générale) puis au cours de leur premier cours, dédié à eux seuls.

Le questionnaire se trouve en annexe.

#### c) Deuxième temps

Dans un deuxième temps, il a été effectué un recueil des données du deuxième questionnaire à la fin du stage, par internet, grâce à l'adresse email collectée auparavant, en janvier 2014 pour les DCEM 4, puis en avril 2014 et en juillet 2014 pour les DCEM 3.

### *6.3.2. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL*

Le critère de jugement principal est la différence de scores à la JSPE-MS entre les deux groupes d'étudiants (chez un médecin généraliste et en stage hospitalier) en fin de stage, ajustée sur les facteurs de confusion et leur score initial.

Notre objectif principal est de montrer une augmentation du score à la JSPE-MS, mesurant les capacités empathiques des étudiants, après un stage chez le médecin généraliste, comparé à l'évolution de ce score chez des étudiants ayant effectué leur stage à l'hôpital.

### *6.3.3. OBJECTIFS SECONDAIRES*

- ✓ Détailler l'évolution de l'empathie des étudiants en analysant les scores des différentes composantes de la JSPE-MS et de l'IRI
- ✓ Concordance entre la JSPE-MS et l'IRI
- ✓ Etudier le score à la JSPE-MS et à l'IRI (et leurs composantes) selon les caractéristiques sociodémographiques des étudiants, afin d'analyser les variables influençant leur capacité empathique

## **6.4. ANALYSES DES DONNEES**

L'analyse des données sociodémographiques s'est faite notamment avec le logiciel EXCEL. Ce logiciel a aussi été utilisé pour compiler les données issues des questionnaires (totaux des scores à la JSPE-MS et à l'IRI, totaux de leurs composantes et calcul des moyennes et écart-types).

Nous avons aussi décrit notre échantillon selon les variables sociodémographiques renseignées à l'aide de moyennes (associées au minimum et maximum trouvés) et de pourcentages.

L'analyse statistique a été faite grâce au logiciel Epi Info 7.1.5.

Les analyses ont été variées :

- Les variables continues ont été décrites par leur moyenne et leur écart-type. Les variables catégorielles ont été décrites par leur effectif et leur pourcentage.
- Les comparaisons entre les groupes pour les variables quantitatives ont été réalisées grâce au test de régression linéaire, d'ANOVA et du t-test (analyses multivariées, ou bivariées avec variables continues).
- Les variables qualitatives ont été analysées par le test du Chi 2 avec calcul de l'odds ratio (analyses bivariées avec variables catégorielles).

Le seuil fixé dans les analyses bivariées pour retenir les variables dans le modèle en multivarié était de 0.10.

Le seuil de significativité retenu pour ce modèle était de 0.05.

Dans un premier temps, nous avons analysé les différentes variables sociodémographiques des externes selon le stage choisi, afin de déterminer les différences significatives entre les deux groupes. Ces variables ont été par la suite ajoutées comme facteurs de confusion à l'analyse de l'évolution des scores à la JSPE-MS.

Dans un deuxième temps, nous avons comparé les résultats à la JSPE-MS des étudiants en stage chez le praticien à ceux des étudiants en stage hospitalier, le tout ajusté sur les facteurs de confusion et sur leur score initial à la JSPE-MS.

Nous avons procédé de la même manière avec chacune des composantes de la JSPE-MS, puis avec l'IRI et chacune de ses composantes. Les facteurs de confusion étaient spécifiques à chacune des analyses multivariées.

## 7. RESULTATS

### 7.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

#### 7.1.1. CADRE DE L'ETUDE ET TAUX DE REPONSE

- DCEM 4 : Le recrutement a été effectué entre octobre et décembre 2013 : 10 externes en stage chez le praticien et 21 en stage hospitalier ont été inclus.

Le nombre de DCEM4 pour l'année 2013-2014 était de 403 (source administrative) ; 79 ont été approchés. Le taux de réponse pour le premier questionnaire, tout externe confondu, était de 53% soit 42 externes. Le nombre de perdus de vue entre le premier et le deuxième questionnaire a été de 11 (5 chez le praticien et 6 en stage hospitalier). Le nombre de réponses au deuxième questionnaire était de 31, soit un taux de 74 %.

- DCEM 3, 1<sup>er</sup> stage : Entre janvier et mars 2014, 11 externes en stage chez le praticien et 14 en stage hospitalier ont été inclus.

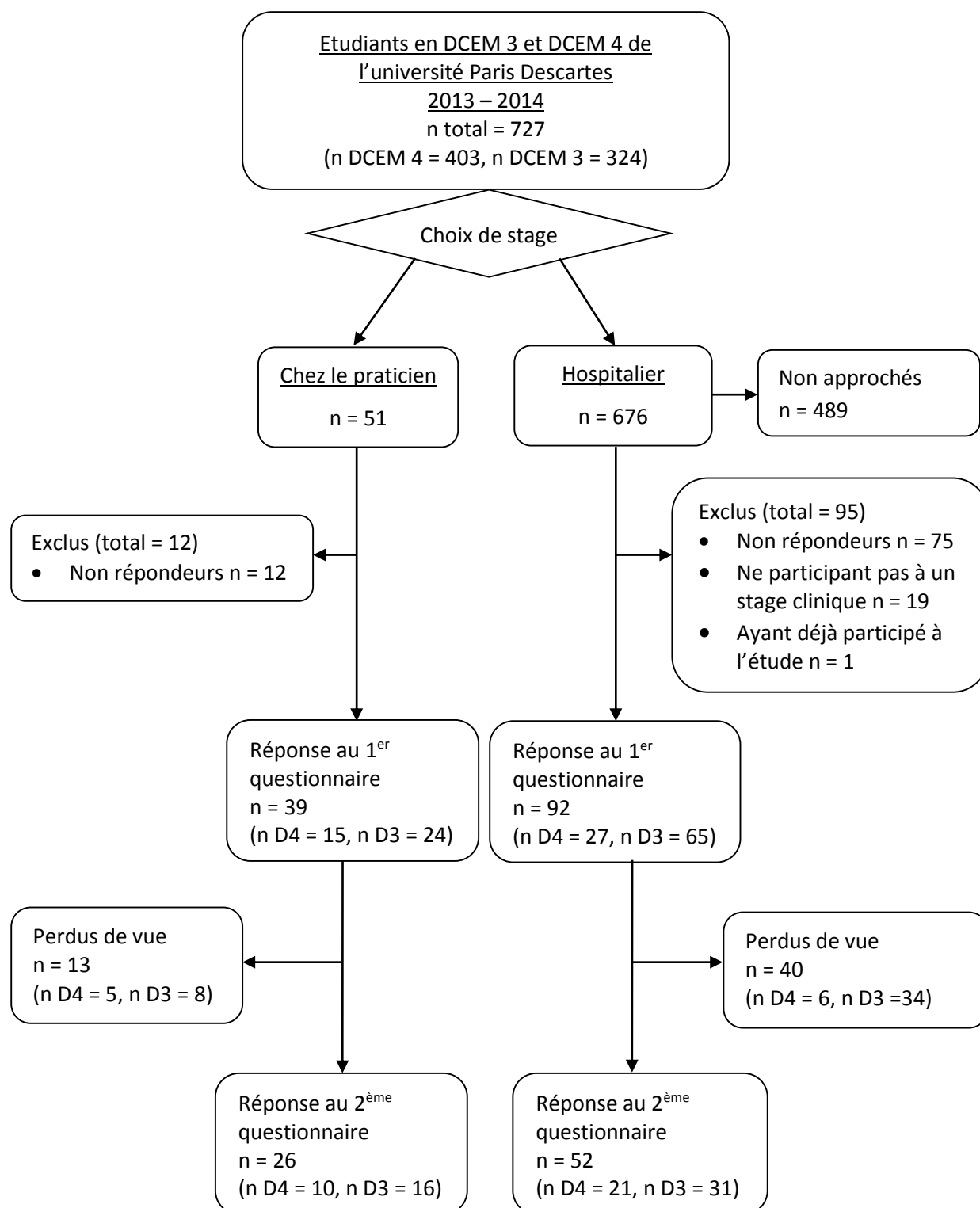
Le nombre de DCEM3 pour l'année 2013-2014 était de 324 (source administrative). Pour le premier groupe, 79 étudiants ont été approchés. Le taux de réponse pour le premier questionnaire, tout externe confondu, était de 52% soit 41 externes. Le nombre de perdus de vue entre le premier et le deuxième questionnaire a été de 16 (3 chez le praticien et 13 en stage hospitalier). Le nombre de réponses au deuxième questionnaire était de 25, soit un taux de 61 %.

- DCEM 3, 2<sup>ème</sup> stage : Le recrutement a été effectué entre avril et juin 2014 : 5 externes en stage chez le praticien et 17 en stage hospitalier ont été inclus.

Le nombre de DCEM3 pour l'année 2013-2014 était de 324 (source administrative). Lors du deuxième groupe, 80 externes ont été approchés, uniquement par email. Le taux de réponse pour le premier questionnaire, tout externe confondu, était de 60 % soit 48 externes. Le nombre de perdus de vue entre le premier et le deuxième questionnaire a été de 26 (5 chez le praticien et 21 en stage hospitalier). Le nombre de réponses au deuxième questionnaire était de 22, soit un taux de 46 %.

Au total, les données de 78 externes ont été analysées (26 en stage chez le praticien et 52 en stage hospitalier) sur deux promotions de 404 et 324 étudiants, notre population représente donc 11 % des étudiants.

**Figure 4. Diagramme de flux représentant les étudiants de notre étude**



### 7.1.2. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

**Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des externes inclus**

EXTERNES Population N = 78	STAGE HOSPITALIER N = 52		STAGE CHEZ LE PRATICIEN N = 26	
	N (%)	Moy [Min-Max]	N (%)	Moy [Min-Max]
DCEM 3	31 (60%)		16 (61%)	
Âge (années)	23.6 [21-29]		23.6 [22-26]	
Sexe				
Homme	20 (38%)		7 (27%)	
Femme	32 (62%)		19 (73%)	
Appartenance à une fratrie	48 (92%)		25 (96%)	
N/A <sup>11</sup> 1				
Niveau socioprofessionnel familial				
1	36 (69%)		22 (85%)	
2	13 (25%)		3 (12%)	
3	3 (6%)		1 (4%)	
En couple	29 (56%)		18 (69%)	
Ayant déjà assisté à des consultations de Médecine Générale en tant qu'étudiant	18 (35 %)		14 (54%)	OR 2.2 IC [0.8-5.7] p = 0.10
Spécialité envisagée :				
- Médecine Générale	- 12 (23%)		- 15 (58%)	p = 0.006
- Autre spécialité médicale	- 24 (46%)		- 8 (31%)	
- Chirurgie/Anesthésie	- 14 (27%)		- 2 (8%)	
Radiologie/ Radiothérapie/Santé publique/Biologie				
- N/A	- 2 (4%)		- 1 (3%)	
Stress (avant stage)	5.4 [1-10]		5.1 [2-8]	
Tendance dépressive (avant stage)	3.4 [1-8] N/A 1		2.5 [1-7]	p = 0.048
Hospitalisation	24 (46%)		9 (35%)	
Psychothérapie	7 (13%)		10 (38%)	OR 4 IC [1.3-12] p = 0.011

Les caractéristiques sociodémographiques des externes selon leur promotion et leur groupe se trouvent en annexe.

<sup>11</sup> Donnée manquante

## 7.2. RESULTATS AVANT LE STAGE CHEZ LES DEUX GROUPES D'ETUDIANTS

### 7.2.1. ANALYSE BIVARIEE DES VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES SELON LE STAGE

Nous avons effectué une comparaison des variables sociodémographiques des étudiants selon le stage qu'ils avaient choisi : chez le médecin généraliste ou à l'hôpital. Les deux groupes étaient comparables sur la plupart des variables, dont l'âge, le sexe, l'appartenance à une fratrie, l'implication dans une relation et le niveau socioprofessionnel des parents. Le niveau de stress était comparable dans les deux groupes au début et à la fin du stage, ainsi que le taux de psychothérapie.

Certaines variables se sont révélées statistiquement différentes entre les deux groupes, et ont été intégrées en tant que facteurs de confusion dans l'analyse principale. Nous avons retenu un risque d'erreur  $p < 0.10$ .

Ces facteurs de confusion étaient :

- Désir de spécialité : Il existait une association significative entre le désir de spécialité et le choix de stage : les externes voulant s'orienter vers la Médecine Générale choisissaient plutôt un stage chez le praticien, alors que les autres préféraient un stage hospitalier,  $p = 0.006$  (test du Chi2).

Trois externes n'ont pas répondu à cette question (2 étaient en stage hospitalier, 1 chez le praticien).

- Tendance dépressive : Statistiquement, avant le début du stage, les externes choisissant un stage hospitalier avaient un score plus haut de tendance dépressive que les externes chez le praticien,  $p = 0.048$  (t-test). Mais ce score était comparable à la fin du stage.

Un seul externe en stage hospitalier n'a pas répondu à cette question.

- Psychothérapie : Il existait une association significative entre le choix d'un stage chez le praticien et un antécédent de psychothérapie (OR 4, IC [1.3-12],  $p = 0.011$ ).

Il n'y avait pas, pour cette variable, de donnée manquante.

- Avoir déjà assisté à des consultations de Médecine Générale en tant qu'étudiant : C'était le cas de plus d'externes en stage chez le praticien qu'en stage hospitalier (OR 2.2, IC [0.8-5.7],  $p = 0.10$ ).

Il n'y avait pas, pour cette variable, de donnée manquante.



### 7.2.2. ANALYSE DES SCORES A LA JSPE-MS ET DE SES COMPOSANTES

#### a) Comparaison du score à la JSPE-MS entre les deux groupes d'externes avant le stage

Avant chaque stage, les étudiants choisissant un stage chez le praticien avaient un score à la JSPE-MS plus haut que ceux choisissant un stage hospitalier, pour un risque d'erreur fixé à  $p < 0.10$  ( $p=0.05881$  avec le t-test).

En stage chez le praticien, la moyenne à la JSPE-MS des étudiants était de 107.69 pour un écart-type de 10.32, en stage hospitalier, elle était de 102.55 pour un écart-type de 11.52.

Le score à la JSPE-MS en début de stage a été ajouté dans les facteurs de confusion de l'analyse principale. Ainsi, son évolution entre les deux groupes d'externes a été analysée à partir d'une base identique.

**Tableau 3. Distribution des scores à la JSPE-MS avant le stage, hospitalier et chez le praticien**

	Hospitalier	Chez le praticien	
Effectif	52	26	
Moyenne	<b>102,55</b>	<b>107,69</b>	$p=0.058$
Ecart-type	11,52	10,32	
Minimum	71	77	
Maximum	124	133	

#### b) Analyse bivariée du score à la JSPE-MS après le stage selon les variables sociodémographiques

Afin de trouver de potentiels facteurs de confusion pouvant influencer le score à la JSPE-MS après chacun des deux stages (critère principal), celui-ci a été analysé selon les variables sociodémographiques. Nous avons retenu un risque d'erreur  $p < 0.10$ .

Seules les variables âge et sexe ont démontré une influence significative :

- Age : Plus les étudiants étaient âgés, moins ils étaient empathiques ( $p=0.018$ ,  $\beta = -2.7$ ,  $r^2 0.07$ , test de régression linéaire).
- Sexe : Les femmes ont montré significativement plus d'empathie que les hommes ( $p=0.0163$ , t-test).

Le tableau récapitulatif se trouve en annexe. Ces deux variables ont donc été ajoutées aux facteurs de confusion de l'analyse principale.

### c) Analyse des scores aux composantes de la JSPE-MS

Il n'existait pas de différence significative au début de chaque stage entre les deux groupes d'externes pour chacune des trois composantes de la JSPE-MS.

Nous avons aussi effectué une analyse bivariée du score final à chacune des trois composantes de la JSPE-MS selon les variables sociodémographiques, afin de connaître leurs facteurs de confusion propres. Nous avons retenu un risque d'erreur  $p < 0.10$ .

Pour les composantes « *perspective taking* » et « *compassionate care* », les variables retrouvées comme significatives ont été les mêmes que pour le score global, c'est-à-dire l'âge ( $p = 0.012$ ,  $\beta -1.7$ ,  $r^2 0.08$  et  $p = 0.03$ ,  $\beta -0.97$ ,  $r^2 0.06$  respectivement) et le sexe ( $p = 0.057$  et  $p = 0.0114$  respectivement), avec une influence dans le même sens.

Au contraire, les variables ayant montré une influence significative sur la composante « *standing in the patient's shoes* » ont été :

- Le fait d'être en DCEM 3 ( $p=0.028$ , t-test)
- L'appartenance à une fratrie ( $p=0.027$ , t-test)
- Le désir de spécialité ( $p=0.024$ , t-test)
- Le taux de stress ( $p=0.06$ ,  $\beta -0.24$ ,  $r^2 0.05$ , test de régression linéaire)

Le tableau récapitulatif et détaillé se trouve en annexe.

#### 7.2.3. ANALYSE DES SCORES A L'IRI ET DE SES COMPOSANTES

##### a) Analyse du score à l'IRI

Nous avons exclu les externes n'ayant pas répondu à toutes les questions de l'IRI au premier et au deuxième questionnaire, soit un total de 9 externes (5 en stage hospitalier et 4 en stage chez le praticien) ou 11.5% de notre population.

En stage hospitalier, la moyenne à l'IRI des étudiants était de 69.85 pour un écart-type de 13.77, en stage chez le praticien, elle était de 68.63 pour un écart-type de 9.95. Il n'existait pas de différence significative de l'IRI au début de chaque stage entre les deux groupes d'externes ( $p=0.71$  avec le t-test).

**Tableau 4. Distribution des scores à l'IRI avant le stage, hospitalier et chez le praticien**

	Hospitalier	Chez le praticien	
Effectif	47	22	
Moyenne	<b>69.85</b>	<b>68.63</b>	$p=0.71$
Ecart-type	13.77	9.95	
Minimum	37	48	
Maximum	96	88	

De la même manière qu'avec la JSPE-MS, nous avons effectué une analyse bivariée du score à l'IRI après le stage selon les variables sociodémographiques. Nous avons retenu un risque d'erreur  $p < 0.10$ .

Les facteurs ayant montré une influence sur le score final à l'IRI ont été :

- L'appartenance à une fratrie ( $p=0.08$ , t-test)
- Le désir de spécialité ( $p=0.10$ , t-test)

Le tableau détaillé se trouve en annexe. Nous avons ajouté ces variables aux facteurs de confusion trouvés en comparant les deux groupes suivant le stage choisi pour effectuer l'analyse multivariée de l'évolution de l'IRI.

## b) Analyse des scores aux composantes de l'IRI

Il n'existait pas de différence significative au début de chaque stage entre les scores aux composantes de l'IRI, sauf pour la composante « *personal distress* », plus haute chez les externes ayant choisi un stage hospitalier ( $p=0.05$ , t-test). Ainsi, la moyenne de cette composante était de 13.76 avec un écart-type de 5.85 chez les étudiants en stage hospitalier, et de 10.9 avec un écart-type de 4.84 chez les étudiants en stage chez le praticien.

**Tableau 5. Distribution des scores à la composante « *personal distress* » de l'IRI avant le stage, hospitalier et chez le praticien**

	Hospitalier	Chez le praticien	
Effectif	47	22	
Moyenne	<b>13.76</b>	<b>10.9</b>	<b>p=0.05</b>
Ecart-type	5.85	4.84	
Minimum	2	1	
Maximum	25	21	

Les facteurs de confusion retrouvés significatifs à l'analyse bivariée du score final de chacune des quatre composantes selon les variables sociodémographiques étaient :

- « *empathic concern* » : appartenance à une fratrie ( $p=0.02$ ) et désir de spécialité ( $p=0.07$ )
- « *fantasy scale* » : appartenance à une fratrie ( $p=0.09$ )
- « *personal distress* » : taux de stress ( $p=0.001$ ) et de tendance à la dépression ( $p=0.02$ ), étudiants en DCEM 3 ( $p=0.06$ )
- « *perspective taking* » : âge ( $p=0.08$ ) et le fait d'être en couple ( $p=0.051$ ).

### 7.3. RESULTATS APRES LE STAGE ET COMPARAISON DES SCORES

#### 7.3.1. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL : EVOLUTION DE LA JSPE-MS

Les externes en stage chez le praticien ont augmenté leur score à la JSPE-MS de manière plus significative que les externes en stage hospitalier ( $p=0.04$ ), et cela ajusté sur les facteurs de confusion.

Les externes ayant choisi un stage chez le praticien avaient un score moyen à la JSPE-MS avant leur stage de 107.7, avec un écart-type de 10.3, un minimum de 77 et un maximum de 133.

Après leur stage, la moyenne était de 112.2, avec un écart-type de 10, un minimum de 88 et un maximum de 133.

Les externes ayant choisi un stage hospitalier avaient un score moyen à la JSPE-MS avant leur stage de 102.5, avec un écart-type de 11.5, un minimum de 71 et un maximum de 124.

Après leur stage, la moyenne était de 103, avec un écart-type de 14, un minimum de 58 et un maximum de 129.

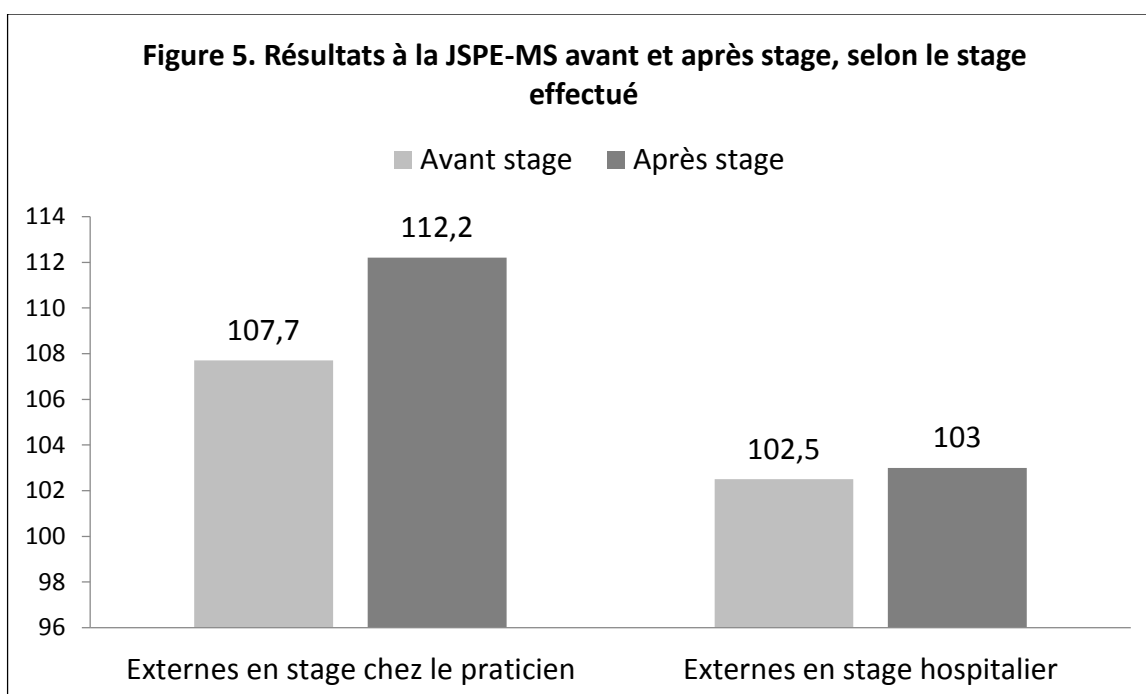
**Tableau 6. Evolution de la JSPE-MS et de ses composantes selon le stage effectué**

	Avant le stage		Après le stage		
	Externes en stage chez le praticien	Externes en stage hospitalier	Externes en stage chez le praticien	Externes en stage hospitalier	Régression linéaire, ajustée sur les facteurs de confusion
	moy (e)	moy (e)	moy (e)	moy (e)	
<b>JSPE score total</b>	107.69 (10.32)	102.55 (11.52)	112.19 (10)	102.98 (13.89)	<b>p=0.041</b> $\beta=5.88$ $r^2=0.53$
<b>Composante « Perspective taking »</b>	53.42 (17.33)	51.17 (7.14)	56.11 (5.65)	50.9 (8.91)	<b>p=0.009</b> $\beta=4.9$ $r^2=0.52$
<b>Composante « Compassionate care »</b>	40.84 (4.23)	38.69 (5.03)	42.15 (4.33)	39.26 (5.48)	p=0.28
<b>Composante « Standing in the patient's shoes »</b>	7.19 (2.59)	6.82 (2.59)	7.53 (2.77)	6.86 (2.22)	p=0.71

Le coefficient de corrélation  $\beta$  entre le stage et le score final à la JSPE-MS était de 5.88, avec un  $r^2$  de 0.53.

Les seuils de significativité des facteurs de confusion étaient :

- Âge :  $p = 0.16$
- Sexe :  $p = 0.20$
- Score à la JSPE-MS avant le stage : corrélé de manière significative au score à la JSPE-MS après le stage,  $p = 0.0000001$
- Fait d'avoir déjà assisté à des consultations de Médecine Générale :  $p = 0.66$
- Désir de spécialité :  $p = 0.11$
- Tendance à la dépression :  $p = 0.85$
- Fait d'avoir fait une psychothérapie :  $p = 0.82$



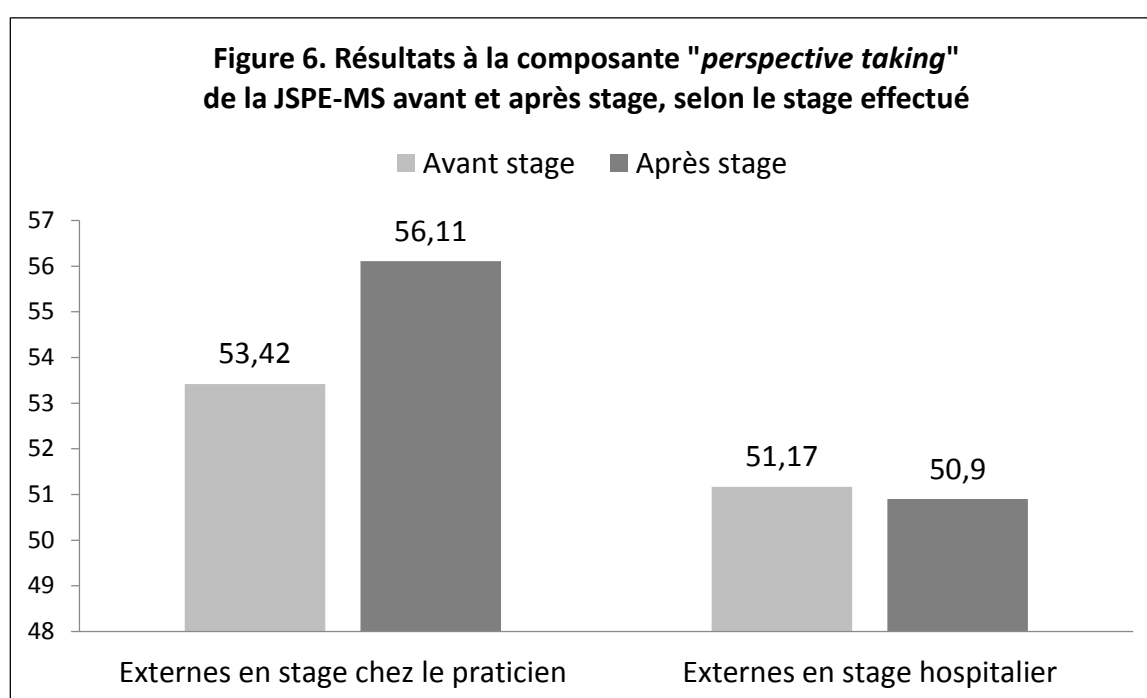
	Stage chez le praticien		Stage hospitalier	
JSPE-MS	AVANT STAGE	APRES STAGE	AVANT STAGE	APRES STAGE
Moyenne	107.7	112.2	102.5	103
Ecart-type	10.3	10	11.5	14
Mimimum	77	88	71	58
Maximum	133	133	124	129

### 7.3.2. EVOLUTION DES COMPOSANTES DE LA JSPE-MS

La composante « *perspective taking* » de l'échelle JSPE-MS était augmentée de manière plus significative chez les externes en stage chez le praticien que chez les externes en stage hospitalier ( $p=0.009$ ,  $\beta$  4.9,  $r^2$  0.52), et cela, ajusté sur les facteurs de confusion.

Les externes ayant choisi un stage chez le praticien avaient un score moyen à la composante « *perspective taking* » avant leur stage de 53.42 avec un écart-type de 7.33. Après leur stage, la moyenne était de 56.11 avec un écart-type de 5.65.

Les externes ayant choisi un stage hospitalier avaient un score moyen de 51.17 avant leur stage, avec un écart-type de 7.14. Après leur stage, la moyenne était de 50.9 avec un écart-type de 8.91.



	Stage chez le praticien		Stage hospitalier	
<b>Perspective taking</b>	<b>AVANT STAGE</b>	<b>APRES STAGE</b>	<b>AVANT STAGE</b>	<b>APRES STAGE</b>
Moyenne	53.42	56.11	51.17	50.9
Ecart-type	7.33	5.65	7.14	8.91
Mimimum	35	42	33	24
Maximum	69	65	65	68

Il n'existait pas de différence significative des composantes « *compassionate care* » et « *standing in the patient's shoes* » entre les deux groupes d'externes.

### 7.3.3. EVOLUTION DE L'IRI ET DE SES COMPOSANTES

Les externes en stage chez le praticien n'avaient pas augmenté leur score à l'IRI de manière plus significative que les externes en stage hospitalier, et cela ajusté sur les facteurs de confusion ( $p = 0.21$ , t-test).

Les externes ayant choisi un stage chez le praticien avaient un score moyen à l'IRI avant leur stage de 68.63, avec un écart-type de 9.95. Après leur stage, la moyenne était de 70.81 avec un écart-type de 8.48.

Les externes ayant choisi un stage hospitalier avaient un score moyen à l'IRI de 69.85 avant leur stage, avec un écart-type de 13.77. Après leur stage, la moyenne était de 65.63 avec un écart-type de 14.

**Tableau 7. Evolution de l'IRI et de ses composantes selon le stage effectué**

	Avant le stage		Après le stage		
	Externes en stage chez le praticien moy (e)	Externes en stage hospitalier moy (e)	Externes en stage chez le praticien moy (e)	Externes en stage hospitalier moy (e)	Régression linéaire
<b>IRI score total</b>	68.63 (9.95)	69.85 (13.8)	70.81 (8.48)	65.63 (15.5)	$p=0.21$
<b>Composante "Empathic concern"</b>	20.13 (3.12)	20.04 (3.85)	20.5 (3)	19.31 (4.76)	$p=0.68$
<b>Composante "fantasy scale"</b>	19.54 (4.4)	18.23 (5.65)	20.45 (4.47)	18.25 (6.84)	$p=0.67$
<b>Composante "personal distress"</b>	10.9 (4.83)	13.76 (5.83)	10.95 (4.95)	11.23 (5.21)	$p=0.68$
<b>Composante "perspective taking"</b>	18.04 (4.14)	17.8 (4.51)	18.9 (3.3)	16.82 (4.6)	$p=0.07$

Pour chacune des quatre composantes, il n'existait pas de différence significative entre les deux groupes d'externes, entre le début et la fin du stage :

- « *empathic concern* » ( $p=0.68$ , t-test)
- « *fantasy scale* » ( $p=0.67$ , t-test)
- « *personal distress* » ( $p=0.68$ , t-test)
- « *perspective taking* » ( $p=0.073$ , t-test)

Par ailleurs, il n'existait pas de différence significative du score final à la JSPE-MS entre les externes qui n'avaient pas répondu à l'IRI et ceux qui y avaient répondu ( $p=0.13$ , t-test).

## 8. DISCUSSION

*« N'importe qui peut pour n'importe quoi venir  
n'importe quand frapper à sa porte, en médecine  
générale »*

Docteur Paul-André Befort, Strasbourg

*“The moral development of the GP, their basic  
willingness to help, their genuine interest in the  
other, and an emphasis on the other's feelings are  
basic principles for acceptance of the empathic  
approach to the patient.<sup>12</sup>”*

Shapiro, 2002

### 8.1. SYNTHÈSE DES RESULTATS PRINCIPAUX

#### 8.1.1. LE STAGE CHEZ LE MEDECIN GENERALISTE PERMET-IL D'AUGMENTER L'EMPATHIE DES ETUDIANTS EN MEDECINE ?

Les résultats ont montré que le score à la JSPE-MS était significativement augmenté chez les étudiants après un stage de trois mois en Médecine Générale, par rapport à ceux ayant effectué un stage hospitalier. Nous pouvons donc confirmer notre hypothèse de départ.

Nous avons inclus 52 étudiants en stage hospitalier et 26 en stage chez le médecin généraliste, dont environ 60 % de DCEM 3 (respectivement 31 et 16). Dans chacun des deux groupes, la moyenne d'âge était de 23.6 ans, avec respectivement 62 % et 73 % de femmes.

Les étudiants choisissant un stage en soins primaires avaient plus souvent assisté à des consultations de Médecine Générale en tant qu'étudiant (54 % contre 35 % chez les étudiants choisissant d'aller à l'hôpital). Ils étaient aussi plus nombreux à envisager la Médecine Générale comme future spécialité (58 % contre 23 % chez les étudiants en stage hospitalier) et à avoir effectué une psychothérapie (38 % contre 13 %).

Le taux de stress était comparable dans les deux groupes, mais la tendance à la dépression était plus élevée chez les externes qui choisissaient un stage hospitalier (moyenne de 3.4 contre 2.5 chez les étudiants en stage de soins primaires).

---

<sup>12</sup> « Le développement moral des médecins généralistes, leur volonté d'aider, leur sincère intérêt de l'autre, et l'importance donnée aux sentiments d'autrui sont les principes de base d'une approche empathique du patient. »



Les étudiants en stage chez le praticien avaient un score à la JSPE-MS au début du stage de 107.7, contre 102.5 chez les étudiants en stage hospitalier ; à la fin du stage, ils avaient respectivement un score à 112.2 et 103. Les étudiants en stage chez le médecin généraliste ont donc augmenté en moyenne de 4.5 points leurs scores à la JSPE-MS après trois mois de stage, contre 0.5 point pour les étudiants en stage hospitalier. Nous avons vu dans la première partie que des différences de cet ordre avaient déjà été considérées comme significatives dans plusieurs études publiées (83,124,134).

Nous remarquons aussi que les étudiants qui choisissaient d'aller faire un stage chez le médecin généraliste avaient tendance à être plus empathiques que les étudiants préférant aller à l'hôpital, bien que la différence ne soit pas significative ( $p=0.058$ ).

Seuls les résultats de la composante « *perspective taking* » étaient significativement plus hauts chez les étudiants en stage chez le praticien par rapport à ceux en stage hospitalier, avec respectivement un score de 53.42 puis de 56.11 et de 51.17 puis de 50.9.

L'analyse des résultats de l'IRI et de ses composantes n'a pas montré de modification significative des capacités empathiques des étudiants en stage chez le praticien par rapport à celles des étudiants en stage hospitalier.

Cependant, nous remarquons que les scores à l'IRI ont tendance à augmenter chez les étudiants en stage chez le praticien (68.63 puis 70.81), alors qu'ils diminuent chez les étudiants en stage hospitalier (69.85 puis 65.63). Cette tendance se retrouve avec les scores à la composante « *perspective taking* » de l'IRI.

### 8.1.2. VARIABLES INFLUENÇANT LES CAPACITES EMPATHIQUES DES ETUDIANTS

Nous allons détailler maintenant les différentes variables qui influent sur les scores finaux des étudiants à la JSPE-MS et à l'IRI, indépendamment du stage choisi. Ces données ont été intégrées comme facteurs de confusion dans les différentes analyses statistiques.

#### a) Le genre sexuel

Dans notre étude, les scores à la JSPE-MS variaient avec le genre sexuel, ce qui n'a pas été retrouvé avec l'IRI.

Les scores à la JSPE-MS ainsi qu'à ses composantes « *perspective taking* » et « *compassionate care* » étaient significativement plus hauts chez les femmes (respectivement  $p=0.016$ ,  $0.05$  et  $0.011$ ).

Ces résultats ont déjà été montrés dans la littérature, notamment par Hojat (117,123), qui les explique par le fait que les femmes seraient plus réceptives que les hommes aux signaux émotionnels et donc comprendraient mieux les autres. Une autre explication serait que les femmes sont plus attentionnées que les hommes. Reste à savoir maintenant si ce sont des critères intrinsèques au genre sexuel, ou extrinsèques ; c'est-à-dire ce qui est attendu des femmes, et donc ce qui leur serait inculqué tout au long de leur éducation.

Bien que Davis, l'auteur de l'IRI, retrouve dans son article des différences significatives pour toutes les échelles de son questionnaire selon le genre sexuel (88), nous n'avons pas retrouvé cette tendance dans notre étude. Cela peut être expliqué par un effectif moins important d'étudiants ayant répondu à l'IRI.

#### **b) L'âge**

Nous avons également trouvé que les externes les plus jeunes étaient les plus empathiques, pour le score total à la JSPE-MS ( $p=0.018$ ), mais aussi pour ses composantes « *perspective taking* » ( $p=0.012$ ) et « *compassionate care* » ( $p=0.03$ ). Ces résultats n'ont pas été pas retrouvés avec le score IRI, peut-être pour les mêmes raisons qu'évoquées précédemment.

Une tentative d'explication serait que les étudiants perdent leurs capacités empathiques au cours de leurs études, résultats que l'on pourrait rapprocher de ceux d'Hojat, qui avaient montré un déclin de l'empathie notamment à partir de la 3<sup>ème</sup> année des études médicales (56). Néanmoins, il n'existait pas de différence significative entre les étudiants en DCEM 3 et en DCEM 4.

Une autre explication serait que l'empathie dépendrait de l'âge. La plupart des études sur l'empathie des étudiants en médecine ne retrouvent pas cette relation, à l'exception d'un article de Carmel, publié en 1996, qui décèle un taux d'empathie plus haut chez les étudiants les plus jeunes, en utilisant l'échelle IRI (135). Richter lui, estime que les capacités cognitives d'empathie diminuent uniquement lorsque le sujet de conversation devient inadapté à l'une des deux générations (136).

De plus, les différences d'âge entre les étudiants de notre population étaient trop faibles pour expliquer cette association.

#### **c) L'appartenance à une fratrie**

Les étudiants enfants uniques avaient des scores d'empathie moins élevés pour la composante « *standing in the patient's shoes* » ( $p=0.027$ ) de la JSPE-MS, ainsi qu'à la composante « *empathic concern* » de l'IRI ( $p=0.02$ ).

Ces deux sous-échelles mesurent l'empathie affective. Intuitivement, cela nous semble logique. Nous pouvons imaginer que des enfants ayant grandi au sein d'une fratrie doivent gérer plus précocement avec les sentiments et les souhaits de leurs frères et sœurs. Plusieurs études ont montré que l'appartenance à une fratrie était associée à de plus hauts taux d'empathie, dont celle de Lam en 2012 (137). Cet article montre aussi que de bonnes relations fraternelles étaient associées à un taux d'empathie plus élevé, et inversement. Ce rôle de la fratrie était surtout important durant l'adolescence.

L'empathie d'une personne a été reliée à un développement socio-émotionnel positif dans sa jeunesse. La fratrie en tant que communauté d'appartenance apporte soutien et sécurité, apprentissage des rôles sociaux, suppléance parentale... Les interactions au sein d'une fratrie apportent un socle unique d'expériences sociales et pourraient permettre le développement précoce de l'empathie émotionnelle.

#### **d) Le désir de spécialité**

Nous avons déjà remarqué que les étudiants choisissant le stage chez le médecin généraliste voulaient majoritairement en faire leur spécialité, ce qui peut paraître évident.

Mais ce choix de carrière était aussi associé à un score à la composante « *standing in the patient's shoes* » plus élevé ( $p=0.024$ ). Ces données sont cohérentes avec l'étude de Hojat (39), qui a démontré que les médecins dont la spécialité était « orientée vers la personne » (Médecine Générale, Gynécologie, Urgence, Psychiatrie) avaient des scores significativement plus élevés que les médecins dont les spécialités étaient plus techniques (Chirurgie). Que cela porte sur la composante affective de l'empathie pourrait s'expliquer par une tendance « naturelle » des étudiants voulant être médecin généraliste à se préoccuper davantage des autres et de ce qu'ils ressentent.

#### **e) Les taux de stress et de tendance à la dépression**

Il n'existait pas de lien significatif entre les taux de stress et de tendance à la dépression des externes et leurs scores à la JSPE-MS, que ce soit avant ou après leur stage. Néanmoins, les DCEM 3 étaient plus stressés que les DCEM 4, que ce soit au début ( $p=0.04$ ) ou à la fin de leur stage ( $p=0.02$ ). Cela peut s'expliquer par la période où les questionnaires ont été complétés pour les DCEM 3 : à l'approche de leurs examens.

Cependant, la composante « *personal distress* » de l'IRI était associée à un taux plus haut de stress ( $p=0.0016$ ) et de tendance à la dépression ( $p=0.024$ ). Cette sous-échelle mesure ses propres sentiments d'anxiété et de malaise dans les situations d'échange avec les autres. Il est donc cohérent qu'elle soit liée aux sentiments de stress et de dépression.

Nous pouvons aussi noter que le score à la sous-échelle « *personal distress* » est plus élevé chez les étudiants ayant choisi un stage hospitalier.

## 8.2. LIMITES DE L'ETUDE

### 8.2.1. REPRESENTATIVITE DE NOTRE POPULATION

#### a) Par rapport à la population générale

Nous avons vu que notre population ne représente que 11 % des promotions de DCEM 3 et DCEM 4 de l'université Paris Descartes. Pour essayer de réduire ce biais, nous allons comparer les variables sociodémographiques de nos étudiants à celles d'étudiants de deuxième cycle des études médicales en France ou à l'université Paris Descartes.

##### ✓ Âge :

Dans notre population, la moyenne d'âge des étudiants en DCEM 4 était de 23.8 (écart-type 1.29) et en DCEM 3 de 23.48 (écart-type 1.36).

Dans la littérature, nous avons retrouvé, pour des étudiants en médecine à Lyon en 2012, une moyenne de 23 ans en DCEM 3 (écart-type 1.6) et de 25.3 en DCEM 4 (écart-type 1.9) (138). A Paris, une étude concernant des étudiants en DCEM 4 de l'université Paris Descartes et Pierre et Marie Curie retrouvait une moyenne d'âge de 24.1, avec un écart type de 1.3 (139). Ces valeurs sont similaires à celles de notre population.

##### ✓ Sexe :

D'après les données administratives de l'université Paris Descartes, il y avait en 2013-2014 une proportion de 62.28% de femmes en DCEM 4 et de 68.5 % en DCEM 3. Ces données sont comparables avec celles de notre population, où l'on a retrouvé 59.52% de femmes en DCEM 4 et 69% de femmes en DCEM 3.

##### ✓ Appartenance à une fratrie :

D'après la thèse effectuée par Olivier de Morlhon sur l'empathie des étudiants en DCEM 2 en 2009/2010 (140), 91.4% des étudiants avaient des frères et sœurs contre 94.81% dans notre population.

##### ✓ Niveau socioprofessionnel familial

Toujours d'après cette thèse, 23.9% des étudiants appartenaient à une catégorie socioprofessionnelle basse et 76.1% à une catégorie haute.

Dans l'étude précédemment citée sur les étudiants en DCEM 4 à Paris, 77% appartenaient à une catégorie haute. Dans notre étude, 74.36% des étudiants appartenaient à une catégorie élevée.

##### ✓ Désir de spécialité :

Dans la thèse d'Olivier de Morlhon, 12.9% d'étudiants se destinaient à la Médecine Générale, 67.5% à une autre spécialité médicale et 19.6% à la Chirurgie, la Réanimation ou la Biologie Médicale.

Dans notre étude, ces proportions étaient respectivement de 36%, 42% et 21%. Nous observons donc un taux plus important d'étudiants se destinant à la Médecine Générale. Il y pourrait y avoir deux explications. La première est que notre population est plus avancée dans les études médicales, et donc pourrait avoir une idée plus précise ou plus réaliste de son désir de spécialité. La deuxième serait un biais de sélection : près d'un tiers de notre population a choisi d'effectuer un stage chez le médecin généraliste et donc se destinerait majoritairement à cette spécialité.

✓ Psychothérapie

Dans la thèse d'Olivier de Morlhon, 17.8% des étudiants avaient effectué une psychothérapie contre 21.79% dans notre étude.

Pour les autres variables, nous n'avons pas trouvé de données dans la littérature, la superposition de notre population avec les étudiants en DCEM 3 et DCEM 4 en France n'est donc pas parfaite. Néanmoins, les étudiants du groupe témoin (en stage hospitalier) ont été choisis au hasard, ce qui améliore leur représentativité.

## **b) Par rapport à la littérature**

Les articles publiés sur l'empathie sont principalement américains, notamment grâce au travail très important réalisé par Hojat. Les études sur ce sujet en France sont encore peu nombreuses. Les conclusions de notre recherche bibliographique sont donc basées sur des cultures différentes, et des études médicales dont l'organisation diffère.

Nous avons essayé de réduire ce biais en analysant les chiffres de la JSPE d'articles de nationalité différente et nous avons constaté une certaine homogénéité des résultats : ainsi les moyennes à la JSPE-MS restaient entre 105 et 120 et les écart-types autour de 10, et ce, que ce soient aux Etats-Unis, au Japon, au Portugal ou en Belgique. Lors de notre recherche bibliographique, nous n'avons pas retrouvé d'étude française utilisant la JSPE-MS, mais un article publié en 2013 a étudié la JSPE chez les médecins généralistes français : il retrouvait une moyenne de 111.8 et un écart type de 10.8 (141).

Notre étude a retrouvé une moyenne à la JSPE-MS de 106 après le stage, tout externes confondus, et un écart-type de 13.39. Bien que la dispersion soit plus importante que dans les autres études, les résultats restent dans la même fourchette de données. Il serait intéressant de connaître les scores à la JSPE-MS des étudiants en médecine français, avec un effectif plus important, pour confirmer ce taux plus bas.

Par ailleurs, les études médicales américaines suivent le même schéma que celui des études françaises : un premier temps théorique (2 ans en France et aux Etats-Unis) puis un deuxième plus pratique, avec des stages cliniques surtout hospitaliers (5 ans en France et 2 ans aux Etats-Unis). Nous pouvons aussi considérer que la culture américaine, notamment médicale, est comparable à la culture française. Certaines études, comme par exemple celles publiées au Japon ou en Corée retrouvent au contraire une augmentation de l'empathie au cours des études médicales, et concluent à une différence culturelle pour expliquer cette contradiction avec les articles de Hojat.

Quoi qu'il en soit, il existe encore peu d'études sur l'évolution de l'empathie des étudiants en médecine en France, notamment sans intervention éducatrice. Il serait intéressant d'en faire un autre travail.

### *8.2.2. BIAIS DE SELECTION*

Le principal biais de sélection de notre travail est le fait que les étudiants choisissaient d'aller en stage chez le praticien, et n'ont pas été désignés au hasard pour appartenir à l'un des deux groupes. Malheureusement, le schéma des études à Paris Descartes était tel que l'on ne pouvait pas annuler ce biais.

Nous avons étudié toutes les variables sociodémographiques des étudiants recueillies par le questionnaire, et ajouté celles variant entre les groupes comme facteurs de confusion des analyses statistiques. Par ailleurs, les étudiants qui avaient déjà assisté à des consultations de Médecine Générale n'étaient pas significativement plus nombreux dans un groupe que dans l'autre. Nous pouvons donc estimer que les deux groupes étaient comparables pour ces variables. Cependant, il pourrait exister des variables que nous n'avons pas étudiées faute de les avoir incluses dans les questionnaires. Pour essayer de diminuer ce biais, nous avons essayé de récolter dans la littérature les principales variables ayant montré une influence sur l'empathie. Nous pensons avoir inclus les principales.

Il reste un second biais sur la constitution du groupe des étudiants en stage hospitalier. Nous avons essayé de diffuser le questionnaire le plus largement possible, mais faute de moyens, tous les étudiants n'ont pas été approchés. Et ultérieurement, certains étudiants ont choisi d'y répondre, deux fois de suite à trois mois d'intervalle, et d'autres pas. Nous ne connaissons pas les caractéristiques sociodémographiques des étudiants qui n'ont pas répondu aux deux questionnaires.

Il existait un nombre relativement important de perdus de vue : 53 entre le premier et le deuxième questionnaire. Il est en effet difficile de demander à des étudiants, à l'approche du concours de l'internat ou de leurs partiels, de passer du temps à remplir un questionnaire.

Est-ce que ce sont les étudiants les plus empathiques qui ont accepté de répondre aux deux questionnaires ? Existe-t-il alors plus ou moins de capacité d'évolution de la JSPE si le score initial est haut ? Nous avons tendance à penser qu'il existe moins de variations possibles si le taux initial est haut : notre étude sous-estime donc peut-être l'évolution de la JSPE-MS.

En outre, nous n'avons sélectionné que des étudiants en DCEM 3 et DCEM 4, et aucun en DFSAM 1 (anciennement DCEM 2). Selon les études, notamment celles de Hojat (55)(56), les taux d'empathie sont les plus bas au cours des dernières années de deuxième cycle. Il peut donc être plus intéressant d'évaluer l'empathie au cours de ces années où elle est la plus variable et où l'on se pose le plus de questions sur son taux.

### 8.2.3. BIAIS DE METHODOLOGIE

Les questionnaires étaient complétés à l'écrit, sur internet ou sur papier, et non à l'oral devant un examinateur, ce qui diminue le biais de désirabilité sociale. Cependant, cela a pu entraîner des réponses trop réfléchies ou au contraire un manque d'implication. La littérature ne retrouve cependant pas de différence en terme de réponses selon le mode de recueil des données (par internet ou sur papier) (142).

Nous n'avons pas donné aux étudiants les raisons de notre étude : nous avons expliqué vouloir étudier l'impact des stages chez le médecin généraliste sur leur formation, pour essayer de préserver leur objectivité. Néanmoins, les questions de la JSPE-MS et de l'IRI sont souvent assez transparentes sur ce qu'elles essayent de mesurer.

Il existe aussi l'effet de mémorisation des questions du fait d'avoir administré à peu de temps d'intervalle les deux questionnaires.

Malgré nos efforts répétés de relance, les taux de réponse à nos questionnaires ont varié entre 53% et 74%, à l'exception du faible taux de réponse du 3<sup>ème</sup> groupe (46%), les questionnaires ayant été envoyés en juillet, période de vacances. Ce taux est acceptable étant donné le fait que le taux de réponse des médecins aux questionnaires est de 52% selon Cummings (143). Mais selon Gough et Hall (144), un taux de réponse minimum de 75% devrait être atteint pour s'assurer de la représentativité d'une population, notamment professionnelle.

### 8.2.4. BIAIS DE MESURE

La traduction française de la version pour les étudiants en médecine de la JSPE n'a pas fait l'objet, à notre connaissance, d'étude spécifique montrant avec certitude l'exacte corrélation avec la version en langue anglaise. Cependant, la JSPE a été validée en langue française pour les médecins, et les questionnaires ne diffèrent que par le point de vue duquel est posée la question : à la 3<sup>ème</sup> personne pour la JSPE-MS, à la 1<sup>ère</sup> pour la JSPE.

En second lieu se pose toujours la question de la possibilité de mesurer l'empathie, notamment par auto-évaluation, ce qui sera toujours subjectif. Ces échelles mesurent les croyances des gens vis-à-vis de leur empathie et non leur comportement empathique réel. Plus important, elles ne mesurent pas l'empathie ressentie par le patient et donc l'efficacité de la rencontre médecin-malade. Elles considèrent l'empathie comme un outil de communication, qui est soit présent soit absent, et non comme un état qui se manifeste différemment selon les rencontres, et la résonance qu'elles provoquent en nous.

La compréhension de ce qu'est l'empathie nous rend-elle empathique ? Existe-t-il un ajustement des réponses en fonction de la manière dont l'empathie est mise en avant en soins primaires par rapport à l'hôpital ?

Il existe aussi le biais dû à la désirabilité sociale, qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. Ce mécanisme psychologique peut s'exercer de manière inconsciente, ou au contraire être le résultat d'une volonté consciente de manipuler son image aux yeux des autres. Ainsi, certaines questions notamment de la JSPE sont assez transparentes quant à la réponse attendue. Par exemple, la question « *L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle l'efficacité du médecin est limitée* » est selon Hojat à risque de biais de désirabilité sociale. Néanmoins, d'après elle, ce biais ne déforme pas la validité des scores à la JSPE (145). Le fait de répondre sur des questionnaires papier ou par internet, et non face à un examinateur diminue aussi ce biais.

Nous pouvons aussi ajouter le biais de mémorisation du questionnaire, déjà cité plus haut.

Mais l'ensemble de ces processus devrait amener à des taux d'empathie élevés. Or, nous avons démontré plus haut que, bien que comparables, les scores à la JSPE-MS dans notre étude étaient plus bas que ceux retrouvés chez les médecins généralistes français (moyennes respectivement à 106 et 111.8).

Les outils de mesure de l'empathie par auto-évaluation seront toujours imparfaits. Mais nous avons montré dans la première partie que la JSPE-MS nous a semblé l'échelle la plus objective et la plus adéquate pour mesurer l'empathie des étudiants. Toutefois, avec ce travail, nous ignorons si l'augmentation de l'empathie observée se maintient durablement. Selon Hojat, les résultats à la JSPE persistent dans le temps, mais la stabilité entre le premier et le deuxième test a été mesurée à seulement trois mois d'intervalle. Un travail sur la stabilité des taux à la JSPE-MS à plus long terme serait utile.

Pour finir, dans notre étude, il n'y avait pas de corrélation entre la JSPE-MS et l'IRI, contrairement à ce qui a été démontré dans la littérature. Cela peut s'expliquer par les d'étudiants n'ayant pas répondu à l'IRI, entraînant ainsi une puissance plus faible. L'IRI est un test long, comprenant 28 items, et se situait à la fin de notre questionnaire : beaucoup d'étudiants ont arrêté le questionnaire en cours de route. Il est également possible que certains étaient moins concentrés et ont pu répondre de manière distraite aux questions finales.

De plus, l'IRI est un test d'empathie destiné à la population générale, comprenant plus d'items sur l'empathie émotionnelle, comme par exemple : « *J'ai tendance à perdre mes moyens dans des situations d'urgence.* » Les étudiants, au moment d'entrer dans la vie active, peuvent vouloir se convaincre qu'ils sont efficaces dans toutes les situations afin de se rassurer. Leurs réponses peuvent ainsi être biaisées.



### 8.3. DISCUSSION DES RESULTATS SELON LA LITTERATURE

#### 8.3.1. POURQUOI L'EMPATHIE EST-ELLE AUGMENTEE PAR UN STAGE CHEZ LE MEDECIN GENERALISTE ?

Il est reconnu que les médecins ont besoin d'empathie pour comprendre la situation et l'expérience de vie de leurs patients. Les stages cliniques sont particulièrement importants pour appréhender et expérimenter l'empathie dans la pratique de la médecine. Pourtant, comme montré précédemment, ils ont souvent l'effet inverse.

Certains facteurs expliquant la baisse d'empathie chez l'étudiant en médecine comme la dépendance technologique ou le manque de prise en charge du patient par l'étudiant à l'hôpital (par rapport aux internes, plus impliqués) ne se retrouvent pas dans le stage chez le médecin généraliste.

Peu d'études ont analysé la relation entre l'empathie et les soins primaires. La majorité des articles que nous avons retrouvés avaient étudié l'effet des stages en soins primaires sur les étudiants par des questions ouvertes, non axées sur l'empathie.

Dans son article, Iqbal étudiait l'impact d'un stage de deux semaines en Médecine Générale sur 44 étudiants au cours de la troisième année, au Pakistan, avec un questionnaire avant et après stage (146). Les étudiants citaient spontanément l'empathie comme compétence acquise au cours de leurs stages :

*« When asked what they learnt most during the rotation, students quoted empathy and development of communication skills.<sup>13</sup> »*

Rooks en 2001 (147) et Mc Geehan en 2013 (148) retrouvaient des résultats similaires, avec des analyses qualitatives.

Benbassat dans son article conclut sur l'apport d'expériences en soins primaires pour le développement de l'empathie des étudiants (149) :

*“The authors conclude that sustaining empathy and promoting medical professionalism among medical students may necessitate a change in the prevailing interviewing style in all clinical teaching settings, and a relocation of a larger proportion of clinical clerkships from the hospital setting to primary care clinics and chronic care, home care, and hospice facilities, where students can establish a continuing relationship with patients.<sup>14</sup>”*

---

<sup>13</sup> « *Quand on leur demandait ce qu'ils avaient le plus appris au cours de leur stage, les étudiants citaient l'empathie et le développement de leurs techniques de communication.* »

<sup>14</sup> « *Les auteurs concluent que pour maintenir l'empathie et promouvoir le professionnalisme médical auprès des étudiants, il serait nécessaire de modifier le style d'interrogatoire prédominant dans les lieux d'enseignement clinique, et de transférer plus de stages de l'hôpital vers les soins primaires et chroniques, à domicile, et dans les centres de Soins Palliatifs, où les étudiants peuvent établir une relation continue avec les patients.* »

Selon l'article de Bombeke, les stages en Médecine Générale étaient considérés par les étudiants comme étant très utiles pour apprendre la relation centrée sur le patient (96).

Les mêmes avantages du stage ambulatoire ont été retrouvés par Ogrinc *et al.* dans une revue de littérature conduite de 1966 à 2000 aux Etats-Unis (150), c'est-à-dire :

- une amélioration de la compréhension de la relation médecin-malade ;
- un apprentissage des aspects psychosociaux des soins ;
- une meilleure gestion des maladies chroniques ;
- une réalisation de l'importance de la continuité des soins.

Les techniques d'enseignement de l'empathie en soins primaires ont été analysées par Shapiro (151). Il s'agissait d'une étude qualitative demandant à douze maîtres de stage comment ils enseignaient l'empathie. Les techniques les plus efficaces et les plus citées étaient le modèle d'identification ou « *role-modeling* », le débriefing et une relation empathique centrée sur l'étudiant. Nous allons voir plus en détail chacune de ces techniques.

#### **a) Le concept du modèle d'identification**

Il rejoint celui de l'« *hidden curriculum* », c'est-à-dire l'influence du comportement du mentor sur la construction de l'identité propre du futur médecin.

L'apprentissage des compétences comportementales est différent de celui des connaissances « factuelles ». Quels que soient les métiers, ces comportements sont nécessairement définis et perfectionnés expérimentalement. Le plus souvent, ils sont construits à partir d'imitation de stratégies observées, parfois grâce à plusieurs superviseurs, que l'on appelle modèles d'identification (152). Les étudiants construisent ainsi leur(s) personnalité(s) de docteur sur des exemples observés.

En soins primaires, la relation médecin-malade est particulièrement empathique, comme nous l'avons démontré dans la première partie. L'étudiant est un témoin direct et permanent de cette relation privilégiée. Il est souvent souligné que la façon la plus efficace d'enseigner l'empathie est de permettre aux étudiants d'observer et d'interagir avec des médecins empathiques vis-à-vis de leurs patients mais aussi de leurs étudiants. Cette approche est illustrée par des témoignages de médecins enseignants :

« *Research consistently shows that the most important influence on medical student attitudes and learning are positive physician role-models. An ethics of imperfection requires role-models who express vulnerability, share mistakes, incorporate not-knowing; who are aware of and transparent about their emotional reactions to patients and about working the edge between intimacy and detachment; and most importantly, who acknowledge common bonds of humanity with their patients.*<sup>15</sup> » (82)

---

<sup>15</sup> « *Les études ont montré de manière fiable que la meilleure influence sur les comportements et l'apprentissage de l'étudiant en médecine était des modèles d'identification positifs. Une éthique de l'imperfection requiert des mentors qui expriment leur vulnérabilité, partagent leurs erreurs, admettent ne pas tout savoir ; qui sont conscients et transparents à propos de leurs réactions émotionnelles vis-à-vis des patients et savent travailler en*

Rooks analysait les impressions d'étudiants de 1<sup>ère</sup> année par des écrits au début et à la fin d'un stage de trois semaines chez le médecin généraliste (147). L'analyse des écrits de fin de stage concluait sur l'importance de modèles d'identification forts pour le développement d'une relation centrée sur le patient.

Mc Geehan étudiait l'évolution de l'empathie chez des étudiants en stage de soins primaires (148). Ceux-ci montraient de plus hauts scores d'empathie que ceux à l'hôpital à la fin de la 2<sup>ème</sup> année, mais en utilisant deux échelles différentes. Les étudiants pensaient que leurs maîtres de stage avaient été pour eux des exemples positifs d'identification, et avaient ainsi amélioré leur propre empathie.

Ainsi, selon l'article de Newton et *al.* :

*« The mandate that should be implicit within the informal and hidden curricula should be the societal obligation of medical schools to provide and/or train better physician role models who can aid students in overcoming losses in empathy.<sup>16</sup> » (57)*

## **b) Débriefing**

De tout temps, l'enseignement de l'exercice médical s'est fait sous forme de compagnonnage. Au début des études médicales, l'externe enseignait au stagiaire, lui-même guidé par l'interne qui recevait enseignement et directives du médecin chef de service et de ses assistants.

Les émotions suscitées par un patient, aussi bien chez l'étudiant que chez le maître de stage, en se partageant, se clarifient et se comprennent mieux. Cet échange en fin de consultation permet à l'étudiant d'avoir une approche plus globale du patient, le maître de stage apportant sa connaissance de la vie privée de celui-ci, de son évolution, de son passé. Cette discussion porte alors sur ce que l'on a ressenti avec les patients plus que sur la maladie et la partie strictement scientifique et permet à l'étudiant d'avoir une vision plus humaine qu'à l'hôpital.

Il peut s'agir alors de groupe Balint « en petit comité », où le fait d'expliquer ses propres réactions et émotions inconscientes nous permet de mieux appréhender le patient dans son ensemble. Cela peut aussi se rapprocher des techniques d'enseignement de l'empathie citées dans la première partie, comme les « discussions de groupe autour d'expériences auprès de patients » des travaux de Novack (94) et Benbassat (95) qui ont prouvé leur efficacité.

---

*préservant à la fois l'intimité et le détachement ; et plus important encore, qui reconnaissent entretenir des rapports humains simples avec leurs patients. »*

<sup>16</sup> « Une obligation implicite devrait exister au sein de l'enseignement informel et de l' « hidden curriculum » pour les écoles médicales de fournir et/ou de former de meilleurs modèles d'identification médicaux afin d'aider les étudiants à surmonter leurs pertes d'empathie. »

Des études comme celle de Rosenthal en 2011 ont montré que des cours à la faculté de médecine où les étudiants pouvaient s'exprimer sur leurs ressentis amélioreraient leur taux d'empathie.

*"A curriculum that includes safe, protected time for third-year students to discuss their reactions to patient care situations during clerkships may have contributed to the preservation of empathy."<sup>17</sup> (153)*

L'apprentissage de cette communication protège d'une influence sociale négative. Être témoin de la vulnérabilité de son superviseur encourage l'étudiant dans son attitude centrée sur le patient et le rassure vis-à-vis de ses propres faiblesses en y trouvant un écho. Cela peut aussi les légitimer.

*"Personal contact between a student and a general practitioner provides opportunities for practicing under supervision and sharing overwhelming experiences. In addition, the nature of general practice facilitates contact with patients."<sup>18</sup> (96)*

D'autre part, le fait de connaître plus étroitement les patients permet le développement de l'empathie. Ainsi, des étudiants en psychiatrie en stage de soins primaires expliquaient ressentir plus d'empathie envers leurs patients car ils comprenaient beaucoup mieux l'impact de leurs problèmes mentaux sur leurs vies (154). Voir les patients dans le cadre des soins primaires diminue les stéréotypes, et la tendance au jugement négatif. Dans cet esprit, il a été montré que les visites à domicile favorisent l'empathie chez les étudiants (155).

### **c) Enseignement centré sur l'étudiant**

Les étudiants peuvent perdre leur attitude centrée sur le patient, même en ayant de bonnes attitudes et compétences, s'ils sont témoins d'un modèle d'identification négatif, manquent de soutien, et sont confrontés à des barrières comme la pression de temps, la fatigue...

Bombeke a effectué une étude en 2010 sur l'apprentissage de la relation centrée sur le patient grâce à des focus groupes composés d'étudiants et de maîtres de stage (96). Les étudiants comme les enseignants mettaient l'accent sur l'importance d'un enseignement centré sur l'étudiant. C'est la « *patient-centred medicine through student-centred teaching* <sup>19</sup> ».

---

<sup>17</sup> "Un enseignement qui inclurait un temps protégé et sûr pour les étudiants en troisième année afin qu'ils puissent discuter de leurs réactions face à des situations cliniques rencontrées au cours de leur stage pourrait contribuer à la préservation de leur empathie. »

<sup>18</sup> "Un contact personnel entre un étudiant et un médecin généraliste procure des occasions de pratiquer la médecine sous supervision et de partager les expériences chargées émotionnellement. De plus, la nature de la Médecine Générale facilite le contact avec les patients. »

<sup>19</sup> "médecine centrée sur le patient à travers l'enseignement centré sur l'étudiant. "

Dans une étude effectuée au Royaume-Uni en 2001 (156), Howe étudiait les enseignements retirés par les étudiants d'un stage en médecine de ville. Les étudiants rapportaient des apprentissages significatifs dans les domaines suivants :

- l'impact d'une relation plus longue et plus personnelle avec le patient
- l'impact de l'environnement social sur la santé
- l'importance de traiter avec des patients plutôt que des maladies
- l'utilité de l'équipe entière pour soigner.

Howe insiste sur le fait que l'étudiant, au centre de la relation, se sent valorisé et épanoui, a plus de responsabilités et de contacts auprès des patients.

Il est aussi important de signaler que la relation d'enseignement centrée sur l'étudiant reflète en miroir l'approche médicale centrée sur le patient que nous voulons qu'il atteigne. Les stages en soins primaires améliorent la compréhension de la relation médecin-malade.

Dans son article, Konkin analysait la manière dont 30 étudiants avaient vécu leur année de stage chez le médecin généraliste (157). En résumé, ils avaient appris à connaître les patients au-delà de leur diagnostic médical tout en ayant un rôle important dans leur prise en charge.

### *8.3.2. POURQUOI LA COMPOSANTE "PERSPECTIVE TAKING" DE LA JSPE-MS EST-ELLE AUGMENTÉE PAR UN STAGE CHEZ LE MEDECIN GENERALISTE ?*

La composante « *perspective taking* » ou prise de perspective est l'ingrédient de base de l'empathie selon Hojat (114) et peut être transposée à la population générale, contrairement aux deux autres, plus spécifiques à la relation médecin-malade. Elle se focalise sur ce que l'on a appelé l'empathie cognitive, compréhension volontaire et réfléchie du point de vue de l'autre.

Il est intéressant de constater que c'est la seule composante de la JSPE-MS qui est augmentée par un stage chez le médecin généraliste dans notre étude.

Hojat s'interroge sur laquelle des trois composantes de la JSPE serait la plus influencée par un enseignement de l'empathie (114). Stepien et Baernstein ont effectué en 2006 une revue de la littérature sur les moyens utilisés pour augmenter l'empathie des étudiants en médecine (101). Les moyens de mesure de l'empathie étaient quantitatifs et/ou qualitatifs et ne comprenaient pas la JSPE-MS, les manières de l'enseigner étaient tout aussi différents. Nous les avons vues dans la première partie ; aucune n'avait étudié l'effet d'un stage en soins primaires sur l'empathie. Six études sur les treize incluses montraient une augmentation de l'empathie comportementale, et une de l'empathie émotionnelle. Le reste des études ne faisaient pas la distinction entre les composantes de l'empathie.

De la même manière, les articles sur l'évolution de l'empathie au cours des études médicales (sans intervention particulière) ne faisaient que rarement la distinction empathie cognitive/affective. Celles que nous avons retrouvées montraient une diminution de l'empathie affective au cours du temps (54,158,159).

Si les étudiants en stage chez le médecin généraliste améliorent leur empathie cognitive, cela pourrait s'expliquer par un apprentissage des comportements empathiques par leur maître de stage.

D'après ces quelques observations, l'empathie cognitive serait augmentée par une expérience en soins primaires, alors que ce serait l'empathie affective qui diminuerait au cours des études médicales. Les études façonnent-elles les étudiants sur leurs sentiments, en les faisant se protéger face à des situations trop difficiles ? Dans cette optique, le stage chez le médecin généraliste redonnerait de l'importance aux yeux de l'étudiant à l'empathie, qui l'intellectualiserait plus. Il faudrait approfondir cette théorie avec d'autres travaux.

#### 8.4. PORTEES ET MOYENS D'ACTION

Initié par la loi de 1972, proposé quasiment dans sa forme actuelle par la commission présidée par le conseiller FOUGERE en 1974, le stage chez le médecin généraliste aura mis plus de 25 ans pour entrer vraiment dans les faits. La mise en place de ce stage doit beaucoup au Collège National des Généralistes Enseignants (C.N.G.E.) et à l'appui du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Le stage en soins primaires a gagné par la suite de plus en plus d'importance dans la formation pratique médicale, pour devenir enfin obligatoire. Malheureusement, faute de maîtres de stage notamment, seuls 50% des étudiants de Paris Descartes en effectuent un au cours de leurs études. Pourtant, nous pensons que le stage chez le médecin généraliste au cours du deuxième cycle des études médicales est un moyen simple et efficace de promouvoir l'empathie.

De plus, ce travail renforce l'importance de l'empathie dans la formation médicale. Nous avons retrouvé dans la littérature qu'elle améliore la satisfaction, l'observance et la santé des patients, mais aussi qu'elle favorise l'épanouissement des médecins. Aujourd'hui, nous sélectionnons les médecins sur leurs connaissances, et non sur leurs compétences, encore moins celles de communication. Peut-être les examens de médecine devraient-ils évaluer l'empathie des étudiants ?

Le doyen de l'Université Paris Descartes promeut l'enseignement de l'empathie au cours des études médicales depuis quelques années. Ainsi, des cours de médecine narrative ont été organisés en quatrième année pour sensibiliser les étudiants à l'écoute des récits des patients. Il existe également au cours du deuxième cycle un module « Formation à la Relation Thérapeutique ». Ces moyens d'enseignement de l'empathie n'ont pas encore prouvé leur efficacité, mais il est important d'essayer d'enseigner et d'entretenir l'empathie des étudiants pour contrebalancer le pouvoir du biomédical.

Serait-il possible de transposer les conditions de stage en soins primaires qui favorisent l'empathie à l'hôpital ? Il faudrait diminuer le nombre d'étudiants par maître de stage, augmenter leurs responsabilités, mais les conditions hospitalières rendent cela difficile. Une manière peut-être plus simple serait d'introduire le débriefing à l'hôpital. Quant aux modèles d'identification, il en existe bien sûr de nombreux à l'hôpital, mais ils sont souvent peu disponibles.

Ce travail ouvre la piste pour de nombreuses autres études. Il faudrait tout d'abord valider la version étudiante de la JSPE en français. Il serait aussi intéressant d'évaluer l'empathie des étudiants en médecine en France, afin de savoir si elle a tendance à augmenter ou à diminuer.

Enfin, il semblerait également important d'étudier les influences des études, des stages ou des conditions d'exercice sur les composantes de l'empathie.

## 9. CONCLUSION

*“If bad behavior can be contagious, then maybe empathy and compassion can be too.”<sup>20</sup> »*

*Rosenthal, 2011*

*« Medicalized health undermines both our cultural and individual capacity to embrace and respond to pain and suffering.”<sup>21</sup> »*

*Illich, 1976*

L'empathie, ou l'aptitude à comprendre les expériences et le point de vue de l'autre, et à lui communiquer cette compréhension, est la base d'une relation médecin-malade efficace. Elle a fait l'objet au cours du XXI<sup>ème</sup> siècle de nombreux articles qui ont démontré ses multiples portées à la fois pour le patient, mais aussi pour le médecin. La confiance du patient en son médecin et donc son observance sont favorisées, d'où une amélioration de sa prise en charge, se traduisant par de meilleurs résultats cliniques et biologiques.

Son importance reconnue, elle a été intégrée comme compétence nécessaire dans le programme des études médicales, en France comme ailleurs. Malgré cela, de nombreux articles ont montré une tendance au déclin de l'empathie au cours des études médicales. Les auteurs expliquent cette baisse par une identification des étudiants avec un modèle froid et non compatissant, une plus grande implication dans la technologie que vis-à-vis des patients et le développement d'un sentiment d'élitisme. Par ailleurs, les stages hospitaliers ne favorisent pas une « intimité » avec les patients, étant donné le caractère transitoire du contact avec le malade et la multiplicité des acteurs de soins pour celui-ci. Par exemple, quoi de moins empathique que la visite professorale au lit du patient ?

Se pose donc la question de son enseignement. L'empathie peut-elle être enseignée ? Ou seulement favorisée ? De nombreuses pistes ont été étudiées, d'ateliers sur les compétences de communication, à des cours de théâtre ou de littérature. Certaines ont montré leur efficacité, mais reste le problème de leur mise en pratique au sein des études médicales, longues et denses.

Ce travail visait à mettre en évidence l'augmentation de l'empathie d'étudiants de deuxième cycle des études médicales par un moyen simple et profitable à l'étudiant sur de nombreux points : le stage chez le médecin généraliste.

---

<sup>20</sup> « Si un mauvais comportement peut être contagieux, alors peut-être l'empathie et la compassion peuvent l'être aussi. »

<sup>21</sup> « La santé médicalisée détériore notre capacité à la fois culturelle et individuelle à accepter et à répondre à la douleur et la souffrance. »



Comparés à des étudiants en stage hospitalier, les étudiants en stage de soins primaires ont augmenté significativement leur empathie, mesurée par la JSPE-MS. Cette augmentation s'est faite sur la composante cognitive de l'empathie, processus volontaire et réfléchi, mesurée par la sous-échelle « *perspective taking* ».

Les étudiants, au contact de maîtres de stage empathiques et témoins de relations médecin-malade privilégiées, pourraient redonner de l'importance au concept d'empathie et aux compétences de communication. Le fait d'échanger en fin de consultation sur ses ressentis permet de les analyser et de les légitimer, et ce d'autant plus que l'étudiant se sent valorisé dans une relation où il est seul avec son maître de stage.

Nous n'avons pas pu corrélérer ces résultats avec l'échelle IRI de Davis, peut-être faute d'effectif suffisant.

Notre étude a aussi retrouvé que les femmes étaient plus empathiques que les hommes, lien déjà retrouvé dans de nombreuses études. De même, l'appartenance à une fratrie était associée à un taux d'empathie émotionnelle plus élevé. Nous pouvons expliquer ce résultat par des interactions sociales précoces, qui amélioreraient le développement socio-émotionnel et donc l'empathie affective. Nous sommes plus dubitatifs sur nos résultats montrant qu'une forte empathie serait associée à un jeune âge. En effet, cela n'était pas corrélé à l'année d'étude, et les différences d'âge entre les étudiants étaient faibles.

L'enseignement de l'empathie n'est toujours pas codifié et reste un objectif mal défini dans les études médicales : nous proposons avec ce travail une nouvelle piste de formation. Les stages chez le médecin généraliste sont encore trop peu nombreux en France, par manque de maîtres de stage. Pourtant, ils pourraient apporter une autre perspective de la médecine aux étudiants. Ce travail permet aux stages chez le médecin généraliste, normalement obligatoires dans le processus de formation des étudiants en médecine, de gagner en importance.

Nous pourrions aussi tirer un enseignement des apports de la médecine de ville dans le domaine de l'empathie afin d'essayer de les appliquer à l'hôpital. Ainsi, diminuer le nombre d'étudiants par maître de stage et favoriser des débriefings pourraient être des pistes à explorer. Une autre proposition pour les externes à l'hôpital serait qu'ils « racontent » le patient dans son ensemble : ses antécédents mais aussi ses problèmes psycho-sociaux, son contexte de vie, ses craintes et les émotions qu'il déclenche chez lui.

Ce travail s'inscrit dans le cadre de la volonté du département de Médecine Générale de l'université Paris Descartes de développer l'empathie chez les étudiants. D'autres travaux de thèse ont été effectués sur l'empathie d'étudiants en troisième cycle de médecine, avec notamment l'influence du *burn-out*. Une étude est en cours pour démontrer l'efficacité du module de « Formation à la Relation Thérapeutique » dans l'augmentation de l'empathie des étudiants. Il est aussi prévu d'effectuer un travail pour valider la version étudiante de la JSPE en français.

## 10. ANNEXES

### ANNEXE 1. QUESTIONNAIRE D'EMPATHIE

#### Questionnaire pour les étudiants en deuxième cycle des études médicales

Je suis interne à Paris Descartes et j'effectue ma thèse sur l'apport des stages, notamment chez le médecin généraliste, dans votre formation.

Il s'agit de répondre à ce questionnaire, si vous l'acceptez. Cela ne vous prendra que 5 minutes, et pourra permettre un meilleur enseignement dans notre faculté.

Pour permettre une comparaison dans le temps, il vous sera demandé de remplir un deuxième questionnaire dans 3 mois, et pour cela de me donner votre adresse mail, qui ne sera communiquée à personne, ni mise en lien avec vos réponses.

Les questionnaires sont complètement anonymes, et vous pourrez demander le retrait de vos réponses jusqu'à impression de la thèse.

Pour toutes questions ou renseignements vous pouvez me joindre au [REDACTED] ou par mail [REDACTED]. Si vous voulez recevoir ma thèse et donc les conclusions de ce questionnaire, contactez-moi !

Je vous remercie de votre implication dans ce projet.

*Recherche conduite conformément au protocole du CPP et aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.*

Initiales :

Date de naissance :

Adresse email :

Cette donnée restera anonyme et ne sera pas mise en lien avec les réponses.

Sexe : Homme [ ] Femme [ ]

Choix de stage pour septembre-décembre 2013 :

Rang de choix pour ce stage :

*Si vous effectuez votre stage chez le médecin généraliste, ne répondez pas à la question suivante : Auriez-vous choisi un stage chez le praticien si vous aviez pu? Oui [ ] Non [ ]*

Avez-vous des frères et sœurs ? Oui [ ] Non [ ]

Profession de votre père :

Profession de votre mère :

Etes-vous engagé(e) dans une relation ? Oui [ ] Non [ ]

Avez-vous déjà assisté à des consultations de médecine générale en tant qu'étudiant(e)?  
Oui [ ] Non [ ]

Spécialité envisagée : *entourer une seule réponse*

Médecine Générale

Autre spécialité médicale

Chirurgie/Anesthésie/Radiologie/  
Radiothérapie/Santé publique/Biologie

Sur une échelle de 1 à 10, à combien évaluez-vous votre stress ?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Pas du tout stressé(e)

Très stressé(e)

Sur une échelle de 1 à 10, vous sentez-vous déprimé(e) ?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Pas du tout déprimé(e)

Très déprimé(e)

Avez-vous déjà été hospitalisé ? Oui [ ] Non [ ]

Avez-vous déjà bénéficié d'une psychothérapie ? Oui [ ] Non [ ]

Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE-MS)

Évaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations, et cochez pour chacune d'elles le chiffre qui décrit le mieux votre façon d'être :

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

(entourez votre réponse)

1. La compréhension par les médecins de ce que ressentent leurs patients et leurs familles, n'influence pas le traitement médical ou chirurgical.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
2. Les patients se sentent mieux quand leurs médecins comprennent ce qu'ils ressentent.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
3. Il est difficile pour un médecin de voir les choses comme les perçoivent leurs patients.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
4. Comprendre le langage du corps est aussi important que la communication verbale dans les relations médecin-malade.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
5. Le sens de l'humour du médecin contribue à l'obtention d'un meilleur résultat clinique.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
6. Parce que les gens sont différents, il est difficile de voir les choses comme les patients les perçoivent.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

7. L'attention portée aux émotions des patients n'est pas importante dans l'interrogatoire.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
8. L'attention portée aux expériences personnelles des patients n'influence pas les résultats des traitements.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
9. Les médecins devraient essayer de se mettre à la place de leurs patients quand ils les soignent.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
10. Les patients attachent de l'importance à la compréhension par le médecin de ce qu'ils ressentent, ce qui est thérapeutique en soi.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
11. Les maladies des patients peuvent seulement être traitées par un traitement médical ou chirurgical; donc, les liens d'ordre affectif des médecins avec leurs patients n'influencent pas de façon significative le traitement médical ou chirurgical.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
12. Demander aux patients ce qui se passe dans leur vie personnelle n'aide pas à comprendre ce dont ils se plaignent.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
13. Les médecins devraient essayer de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de leurs patients en faisant attention aux expressions non verbales et à l'attitude corporelle.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
14. Je crois que l'émotion n'a aucune place dans le traitement médical d'une maladie.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
15. L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle l'efficacité du médecin est limitée.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
16. La compréhension par les médecins de l'état émotionnel de leurs patients, et de leurs familles, est une dimension importante de la relation médecin-malade.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
17. Pour mieux les soigner, les médecins devraient essayer de penser comme leurs patients.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
18. Les médecins ne devraient pas se permettre de se laisser influencer par de forts liens personnels entre le patient et sa famille.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
19. La lecture de la littérature non médicale ou les œuvres artistiques ne m'apportent aucun plaisir.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
20. Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical.	1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Interpersonal Reactivity Index (IRI)

Indiquez en utilisant les indications suivantes à quel point vous êtes en désaccord ou en accord avec chacune des affirmations.					
0.....	1.....	2.....	3.....	4.....	
Désaccord complet	Désaccord relatif	Ni accord, ni désaccord	Accord relatif	Accord complet	
1. Je rêve régulièrement tout éveillé(e) aux choses qui pourraient m'arriver.			0	1	2 3 4
2. J'éprouve souvent de la tendresse pour les gens moins chanceux que moi.			0	1	2 3 4
3. Je trouve parfois difficile de voir les choses du point de vue de quelqu'un d'autre.			0	1	2 3 4
4. Il m'arrive de ne pas être désolé(e) pour les gens qui ont des problèmes.			0	1	2 3 4
5. Je m'implique vraiment dans les sentiments ressentis par les personnages d'un roman.			0	1	2 3 4
6. Dans les situations d'urgence je suis inquiet(e) et mal à l'aise.			0	1	2 3 4
7. D'habitude, je ne suis pas complètement pris(e) par les films que je regarde, je reste objectif(ve).			0	1	2 3 4
8. Lors d'un désaccord, j'essaie d'écouter le point de vue de chacun avant de prendre une décision.			0	1	2 3 4
9. Quand je vois une personne dont on a profité, j'ai envie de la protéger.			0	1	2 3 4
10. Je me sens parfois désemparé(e) quand je me trouve au beau milieu d'une situation fortement émotionnelle.			0	1	2 3 4
11. J'essaie parfois de mieux comprendre mes amis en imaginant comment ils voient les choses de leur perspective.			0	1	2 3 4
12. Il est relativement rare que je me laisse prendre par un bon livre ou un bon film.			0	1	2 3 4
13. Quand je vois quelqu'un de blessé, j'ai tendance à` rester calme.			0	1	2 3 4

14. Je me soucie très peu du malheur des autres.	0	1	2	3	4
15. Si je suis sûr(e) d'avoir raison à propos de quelque chose je ne perds pas mon temps à écouter les arguments des uns et des autres.	0	1	2	3	4
16. Après avoir regardé un film ou une pièce de théâtre, c'est comme si j'étais l'un des personnages.	0	1	2	3	4
17. Être dans une situation de tension émotionnelle me fait peur.	0	1	2	3	4
18. Quand je vois quelqu'un être traité de façon injuste je ne ressens pas beaucoup de pitié pour lui.	0	1	2	3	4
19. D'habitude je suis plutôt efficace face aux situations d'urgence.	0	1	2	3	4
20. Je suis souvent touché(e), affecté(e) par les événements qui arrivent.	0	1	2	3	4
21. Je crois qu'il y a toujours deux facettes à chaque question ou problème et j'essaie de les prendre en compte toutes les deux.	0	1	2	3	4
22. Je me décrirais comme une personne au cœur tendre, plutôt compatissante.	0	1	2	3	4
23. Quand je regarde un bon film, je peux très facilement me mettre à la place du personnage principal.	0	1	2	3	4
24. J'ai tendance à perdre mes moyens dans des situations d'urgence.	0	1	2	3	4
25. Quand je suis en colère contre quelqu'un j'essaie de me mettre à sa place pendant un moment.	0	1	2	3	4
26. Quand je lis une histoire ou un roman intéressant, j'imagine ce que je ressentirais si les événements de l'histoire m'arrivaient.	0	1	2	3	4
27. En cas d'urgence, quand je vois quelqu'un qui a sérieusement besoin d'aide je m'effondre totalement.	0	1	2	3	4
28. Avant de critiquer quelqu'un j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place.	0	1	2	3	4

Commentaires libres :

## ANNEXE 2. ACCORD CPP

### Comité de Protection des Personnes « Ile de France II »

IRB registration # : 00001072

Bureau :

Présidente : Marie-France MAMZER-BRUNEEL

Vice-Président : Christian HERVE

Secrétaires : Pierre COLONNA, Gérard PELE

Trésorier : Stéphane DONNADIEU

Membres :

C. ARDIOT, H. BENECH, J.-L. BRESSON, C. BROISSAND, J.-B. CHARPENTIER, G. CHATELLIER, P. COLONNA, B. DEBAECKER, N. DELSARTE, S. DONNADIEU, J. FAGARD, C. HERVE, L. LEBOUCHER, A. LEVY, M.-F. MAMZER-BRUNEEL, E. MARTINENT, O. PARENT de CURZON, M. PARISOT, G. PELE, G. PEREIRA, R. QUERE, G. QUEVA, C. RAMBAUD, M.-C. REINMUND, M. RUDLER, P. VAN ES

Secrétariat : Clément NENCIOLI

PARIS, le 30 octobre 2013

Réf. 2013-08-11

N°AFSSAPS: 2013-A01188-37

Le Comité a été saisi le 15 août 2013, d'une demande de **Mme Cora LUCET**, concernant une recherche non interventionnelle, intitulée :

*« Empathie chez les étudiants en médecine et stage chez le médecin généraliste. »*

Responsable du projet : **Cora LUCET**, Interne en médecine générale à l'Université Paris Descartes

Ce projet a obtenu un **avis éthique favorable** de la part des membres du CPP Ile de France II, lors de la réunion du **25/10/2013**.



Dr Marie-France MAMZER-BRUNEEL,  
Présidente du CPP IDF II

## CPP ILE DE FRANCE II

Présidente :	Dr. M.-F. MAMZER-BRUNEEL
Vice-président :	Pr. C. HERVE
Trésorier :	Dr S. DONNADIEU
Secrétaires :	Pr P. COLONNA M. G. PELE

### SESSION D'OCTOBRE 2013

#### PERSONNES QUALIFIEES EN MATIERE DE RECHERCHE BIOMEDICALE :

- Dr MAMZER-BRUNEEL Marie-France	<i>Présente</i>	<i>Titulaire</i>
- Dr DONNADIEU Stéphane	<i>Présent</i>	<i>Titulaire</i>
- M. PELE Gérard	<i>Présent</i>	<i>Titulaire</i>
- Pr CHATELLIER Gilles *	<i>Absent</i>	<i>Titulaire</i>
- Dr RAMBAUD Caroline	<i>Absente excusée</i>	<i>Suppléante</i>
- Pr COLONNA Pierre	<i>Présent</i>	<i>Suppléant</i>
- Pr BRESSON Jean-Louis	<i>Présent</i>	<i>Suppléant (Pédiatre)</i>

#### MEDECINS GENERALISTES :

- Dr LEVY Alain	<i>Présent</i>	<i>Titulaire</i>
- Dr VAN ES Philippe	<i>Présent</i>	<i>Suppléant</i>

#### PHARMACIENS :

- Mme BROISSAND Christine	<i>Présente</i>	<i>Titulaire</i>
- Dr PARENT DE CURZON Olivier	<i>Absent excusé</i>	<i>Suppléant</i>

#### INFIRMIERES :

- Mme REINMUND Marie-Christine	<i>Présente</i>	<i>Titulaire</i>
- M. QUERE Régis	<i>Présent</i>	<i>Suppléant</i>

#### PERSONNES QUALIFIEES EN MATIERE D'ETHIQUE :

- Pr HERVE Christian	<i>Présent</i>	<i>Titulaire</i>
- Pr RUDLER Michèle	<i>Absente</i>	<i>Suppléante</i>

#### PSYCHOLOGUES :

- Mme FAGARD Jacqueline	<i>Présente</i>	<i>Titulaire</i>
- M. QUEVA Gilles	<i>Absent</i>	<i>Suppléant</i>

#### PERSONNES QUALIFIEES DANS LE DOMAINE SOCIAL :

#### PERSONNES QUALIFIEES EN MATIERE JURIDIQUE :

- M. MARTINENT Eric	<i>Absent</i>	<i>Titulaire</i>
- M. PEREIRA Gautier	<i>Présent</i>	<i>Titulaire</i>
- Mle PARISOT Magali	<i>Absente</i>	<i>Suppléante</i>
- Mle LEBOUCHER Laura	<i>Absente</i>	<i>Suppléante</i>

#### ASSOCIATIONS AGREEES DE MALADES OU D'USAGERS DU SYSTEME DE SANTE :

- Mme DEBAECKER Blanche	<i>Absente</i>	<i>Titulaire</i>
- Mme DELSARTE Nicole	<i>Présente</i>	<i>Titulaire</i>
- Mme ARDIOT Chantal	<i>Présente</i>	<i>Suppléante</i>
- M. CHARPENTIER Jean-Bernard	<i>Présent</i>	<i>Suppléant</i>

\* (compétents en matière de biostatistique ou d'épidémiologie)



## ANNEXE 3. ACCORD CNIL

**CNIL**

8 rue de Vivienne - 75003 PARIS cedex 02  
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00  
www.cnil.fr

### RÉCÉPISSÉ

#### DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

**1685279 v 0**

du 08-07-2013

Madame LUCET Cora  
DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE,  
UNIVERSITE PARIS DESCARTES  
24 RUE DU FAUBOURG SAINT-JACQUES  
75014 PARIS

### Organisme déclarant

Nom : DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE, UNIVERSITE  
PARIS DESCARTES

Service :

Adresse : 24 RUE DU FAUBOURG SAINT-JACQUES

Code postal : 75014

Ville : PARIS

N° SIREN ou SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. :

Fax. :

### Traitement déclaré

Finalité : COMPARAISON DE L'EMPATHIE D'ETUDIANTS EN DEUXIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES AVANT ET  
APRES STAGE CHEZ LE MEDECIN GENERALISTE

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et libertés », consultez le site Internet de la CNIL : « www.cnil.fr »

Fait à Paris, le 8 juillet 2013  
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN  
Présidente

#### ANNEXE 4. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES EXTERNES

**Tableau 8. Caractéristiques sociodémographiques de tous les externes inclus**

	Population N = 78	
	N (%)	Moyenne [Min-Max]
Âge (années)		23.60 [21-29]
Homme	27 (35%)	
Femme	51 (65%)	
Appartenance à une fratrie	73 (94%)	
Niveau socio-professionnel familial		
1	58 (74%)	
2	16 (21%)	
3	4 (5%)	
En couple	47 (60%)	
Ayant déjà assisté à des consultations de Médecine Générale en tant qu'étudiant	32 (41%)	
Spécialité envisagée		
- Médecine Générale	- 27 (35%)	
- Autre spécialité médicale	- 32 (41%)	
- Chirurgie/Anesthésie/Radiologie/ Radiothérapie/Santé publique/Biologie	- 16 (21%)	
- N/A	- 3 (3%)	
Stress		5.28 [1-10]
Tendance à la dépression		3.10 [1-8]
Hospitalisation	33 (42%)	
Psychothérapie	17 (22%)	

**Tableau 9. Caractéristiques sociodémographiques des externes en stage hospitalier et en DCEM 4**

	Population N = 27 N (%) Moyenne [Min-Max]
Âge (années)	23.74 [22-28]
Homme	10 (37 %)
Femme	17 (63 %)
Auriez-vous choisi un stage chez le praticien si vous aviez pu ?	
Oui	5 (19 %)
Non	21 (78 %)
NA	1 (4 %)
Appartenance à une fratrie	27 (100 %)
Niveau socio-professionnel familial	
1	20 (74 %)
2	3 (11 %)
3	4 (15 %)
En couple	17 (63 %)
Ayant déjà assisté à des consultations de Médecine Générale en tant qu'étudiant	10 (37 %)
Spécialité envisagée	
- Médecine Générale	- 4 (14.8 %)
- Autre spécialité médicale	- 11 (40.7 %)
- Chirurgie/Anesthésie/Radiologie/ Radiothérapie/Santé publique/Biologie	- 10 (37 %)
- NA	- 2 (7.4 %) (dont 1 hésitant entre Médecine Générale et Pédiatrie)
Stress	5.85 [2-9]
Tendance à la dépression	3.40 [1-8]
Hospitalisation	15 (56 %)
Psychothérapie	4 (14.8 %)

**Tableau 10. Caractéristiques sociodémographiques des externes en stage chez le praticien et en DCEM 4**

	Population N = 15 N (%) Moyenne [Min-Max]
Âge (années)	23.64 [21-26]
Homme	5 (33.3 %)
Femme	10 (66.7 %)
Appartenance à une fratrie	15 (100 %)
Niveau socio-professionnel familial	
1	12 (80 %)
2	1 (6.7 %)
3	2 (13.3 %)
En couple	11 (73.3 %)
Ayant déjà assisté à des consultations de médecine Générale en tant qu'étudiant	7 (46.7 %)
Spécialité envisagée	
- Médecine Générale	- 6 (40 %)
- Autre spécialité médicale	- 5 (33.3 %) (dont 1 hésitant entre Médecine Générale et Gynécologie médicale)
- Chirurgie/Anesthésie/Radiologie/Radiothérapie/Santé publique/Biologie	- 4 (26.7 %) (dont 1 hésitant avec Médecine Générale)
Stress	5.33 [2-8]
Tendance à la dépression	2.33 [1-7]
Hospitalisation	6 (40 %)
Psychothérapie	4 (26.7 %)

**Tableau 11. Caractéristiques sociodémographiques des externes en stage hospitalier et en DCEM 3**

	Population N = 28 N (%) Moyenne [Min-Max]
Âge (années)	23.18 [21-29]
Homme	9 (32 %)
Femme	19 (68 %)
Auriez-vous choisi un stage chez le praticien si vous aviez pu ?	
Oui	15 (53.6%)
Non	11 (39.2 %)
NA	2 (7.2%)
Appartenance à une fratrie	27 (96.4 %)
Niveau socio-professionnel familial	
1	20 (71.4 %)
2	6 (21.4 %)
3	1 (3.6 %)
N/A	1 (3.6%)
En couple	15 (53.6 %)
Ayant déjà assisté à des consultations de Médecine Générale en tant qu'étudiant	9 (32 %)
Spécialité envisagée	
- Médecine Générale	- 6 (21.4%) (dont 1 hésitant entre Urgences et Médecine du sport)
- Autre spécialité médicale	- 15 (53.6%) (dont 1 hésitant entre Médecine Générale et Pédiatrie)
- Chirurgie/Anesthésie/Radiologie/Radiothérapie/Santé publique/Biologie	- 7 (25%)
Stress	5.21 [1-10]
Tendance à la dépression	3.55 [1-8]
Hospitalisation	17 (60 %)
Psychothérapie	5 (17.8 %)

**Tableau 12. Caractéristiques sociodémographiques des externes en stage chez le praticien et en DCEM 3**

	Population N = 14 N (%) Moyenne [Min-Max]
Âge (années)	23.21 [22-24]
Homme	3 (21.43%)
Femme	11 (78.57%)
Appartenance à une fratrie	13 (92.85%)
Niveau socio-professionnel familial	
1	12 (85.71%)
2	2 (14.28%)
3	0
En couple	11 (78.57%)
Ayant déjà assisté à des consultations de Médecine Générale en tant qu'étudiant	7 (50%)
Spécialité envisagée	
- Médecine Générale	- 8 (57.14%) (dont 1 hésitant avec une spécialité médicale)
- Autre spécialité médicale	- 5 (35.71%) (dont 2 hésitants avec la Médecine Générale)
- Chirurgie/Anesthésie/Radiologie/Radiothérapie/Santé publique/Biologie	- 0
- N/A	- 1 (7.14%)
Stress	5.14 [2-9]
Tendance à la dépression	3.64 [1-7]
Hospitalisation	5 (35.71%)
Psychothérapie	6 (42.86%)

ANNEXE 5. ANALYSES BIVARIEES DE LA JSPE-MS ET DE SES COMPOSANTES SELON LES VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES

Tableau 13. Analyses bivariées de chaque variable avec le score final à la JSPE-MS

	p-value
DCEM 3	p=0.24
Age	<b>p=0.01</b> ( $\beta$ -2.7, $r^2$ 0.07)
Sexe	<b>p=0.01</b> (moyennes femmes 109, hommes 100.3)
Fratie	p=0.46
Niveau socioprofessionnel familial	p=0.99
En couple	p=0.61
A déjà assisté à des consultations de Médecine Générale	p=0.36
Spécialité envisagée	p=0.37
Stress	p=0.65
Tendance à la dépression	p=0.65
Hospitalisation	p=0.59
Psychothérapie	p=0.68

Tableau 14. Analyses bivariées de chaque variable avec le score final à la composante « *Perspective taking* » de la JSPE-MS

	p-value
DCEM 3	p=0.66
Age	<b>p=0.01</b> ( $\beta$ -1.7, $r^2$ 0.08)
Sexe	<b>p=0.05</b> (moyennes femmes 53.9, hommes 50)
Fratie	p=0.66
Niveau socioprofessionnel familial	p=0.94
En couple	p=0.45
A déjà assisté à des consultations de Médecine Générale	p=0.36
Spécialité envisagée	p=0.52
Stress	p=0.51
Tendance à la dépression	p=0.97
Hospitalisation	p=0.76
Psychothérapie	p=0.26

**Tableau 15. Analyses bivariées de chaque variable avec le score final à la composante « *Compassionate care* » de la JSPE-MS**

	<b>p-value</b>
<b>DCEM 3</b>	p=0.66
<b>Age</b>	<b>p=0.03</b> ( $\beta$ -0.97, r <sup>2</sup> 0.06)
<b>Sexe</b>	<b>p=0.01</b> (moyennes femmes 41, hommes 37)
<b>Fratric</b>	p=0.15
<b>Niveau socioprofessionnel familial</b>	p=0.61
<b>En couple</b>	p=0.57
<b>A déjà assisté à des consultations de Médecine Générale</b>	p=0.47
<b>Spécialité envisagée</b>	p=0.54
<b>Stress</b>	p=0.13
<b>Tendance à la dépression</b>	p=0.16
<b>Hospitalisation</b>	p=0.41
<b>Psychothérapie</b>	p=0.24

**Tableau 16. Analyses bivariées de chaque variable avec le score final à la composante « *Standing in the patient's shoes* » de la JSPE-MS**

	<b>p-value</b>
<b>DCEM 3</b>	<b>p=0.02</b> (moyennes D3 7.57, D4 6.35)
<b>Age</b>	p=0.63
<b>Sexe</b>	p=0.53
<b>Fratric</b>	<b>p=0.02</b> (moyennes pour les enfants uniques 4.5, 7.24 pour les autres)
<b>Niveau socioprofessionnel familial</b>	p=0.25
<b>En couple</b>	p=0.26
<b>A déjà assisté à des consultations de Médecine Générale</b>	p=0.56
<b>Spécialité envisagée</b>	<b>p=0.024</b> (moyennes MG 7.11, autres spécialités médicales 7.62, chirurgie/biologie/etc. 5.68)
<b>Stress</b>	p=0.06
<b>Tendance à la dépression</b>	p=0.81
<b>Hospitalisation</b>	p=0.29
<b>Psychothérapie</b>	p=0.32



## 11. BIBLIOGRAPHIE

1. Rogers CR. Empathic: An unappreciated way of being. *Couns Psychol.* 1975;5(2):2-10.
2. Balint M. The doctor, his patient, and the illness. *The Lancet.* 1955;265(6866):683-8.
3. Buchheimer A. The development of ideas about empathy. *J Couns Psychol.* 1963;10(1):61.
4. Maucorps P-H. Empathie et compréhension d'autrui. *Rev Française Sociol.* 1960;426-44.
5. Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, et al. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *J Nurs Scholarsh.* 1992;24(4):273-80.
6. Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS. Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Med Teach.* 2005;27(7):625-8.
7. Aring CD. Sympathy and empathy. *J Am Med Assoc.* 1958;167(4):448-52.
8. Halpern J. What is clinical empathy? *J Gen Intern Med.* 2003;18(8):670-4.
9. Jaury P. *La relation médecin-malade.* Elsevier. 2004.
10. Mercer SW, Reilly D, Watt GC. The importance of empathy in the enablement of patients attending the Glasgow Homoeopathic Hospital. *Br J Gen Pract.* 2002;52(484):901.
11. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ.* 1991;303(6814):1385.
12. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med.* 2001;76(4):390-3.
13. Lucas J. L'exercice médical face à la permanence des soins. *Rapp Comm Natl Perm Adopt Lors Assises Cons Natl Ordre Médecins Du.* 2001;23.
14. Cosnier J. Les gestes du dialogue, la communication non verbale. *Psychol Motiv.* 1996;21:129-38.
15. Smith RC, Hoppe RB. The patient's story: integrating the patient-and physician-centered approaches to interviewing. *Ann Intern Med.* 1991;115(6):470-7.
16. Dixon DM, Sweeney KG, Gray DJ. The physician healer: ancient magic or modern science? *Br J Gen Pract.* 1999;49(441):309.

17. Mantz J-M, Wattel F. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné. Rapport Académie Natl Médecine [Internet]. 2006
18. Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *J Couns Psychol*. 1991;38(2):139.
19. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. *Eval Health Prof*. 1 sept 2004;27(3):237-51.
20. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the nature and specific effectiveness of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns*. 2009;74(3):339-46.
21. Squier RW. A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Soc Sci Med*. 1990;30(3):325-39.
22. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, Von Der Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer*. 2003;88(5):658-65.
23. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ Can Med Assoc J*. 1995;152(9):1423.
24. Little P, Gould C, Williamson I, Warner G, Gantley M, Kinmonth AL. Clinical and psychosocial predictors of illness duration from randomised controlled trial of prescribing strategies for sore throat. *Bmj*. 1999;319(7212):736-7.
25. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care - Leloirain - 2012 - Psycho-Oncology - Wiley Online Library [Internet].
26. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. *Eval Health Prof*. 1 sept 2004;27(3):237-51.
27. Mercer SW, Neumann M, Wirtz M, Fitzpatrick B, Vojt G. General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland: a pilot prospective study using structural equation modeling. *Patient Educ Couns*. 2008;73(2):240-5.
28. Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique: des processus multiples: auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. 2007;
29. Falvo D, Tippy P. Communicating information to patients: patient satisfaction and adherence as associated with resident skill. *J Fam Pract*. 1988;
30. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med*. 1984;101(5):692-6.

31. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda. JAMA J Am Med Assoc. 1999;281(3):283-7.
32. Stewart M. Towards a global definition of patient centered care: the patient should be the judge of patient centered care. BMJ. 2001;322(7284):444.
33. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the « nature » and « specific effectiveness » of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. Patient Educ Couns. 2009;74(3):339-46.
34. Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. Fam Pr. 2000;49:796-804.
35. Rakel DP, Hoeft TJ, Barrett BP, Chewning BA, Craig BM, Niu M. Practitioner empathy and the duration of the common cold. Fam Med. 2009;41(7):494.
36. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. Acad Med. 2011;86(3):359-64.
37. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JEJ. Assessing the Effects of Physician-Patient Interactions on the Outcomes of Chronic Disease. Med Care [Internet]. 1989;27(3).
38. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. janv 2013;63(606):e76-84.
39. Hojat M, Gonnella J, Mangione S, Nasca T, Veloski J, Erdmann J, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. Med Educ. juin 2002;36(6):522-7.
40. Chew BH, Zain AM, Hassan F. Emotional intelligence and academic performance in first and final year medical students: a cross-sectional study. BMC Med Educ. 27 mars 2013;13:44.
41. Pedersen R. Empathy development in medical education. A critical review. Med Teach. juill 2010;32(7):593-600.
42. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship Between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among Internal Medicine Residents. J Gen Intern Med. 2005;20(7):559-64.
43. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Shanafelt TD. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. J Gen Intern Med. 2007;22(2):177-83.
44. Suchman AL, Roter D, Green M, Lipkin Jr M. Physician satisfaction with primary care office visits. Med Care. 1993;31(12):1083-92.
45. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin Jr M, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. JAMA J Am Med Assoc. 1997;277(4):350-6.

46. Bonnetblanc J-M, Sparsa A, Boulinguez S. Le «bon médecin»: enquête auprès des patients. *Pédagogie Médicale*. 2006;7(3):174-9.
47. Horowitz CR, Suchman AL, Branch WT, Frankel RM. What do doctors find meaningful about their work? *Ann Intern Med*. 6 mai 2003;138(9):772-5.
48. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. *Jama*. 1997;277(7):553-9.
49. Wissow L. Communication and malpractice claims -- where are we now? *Patient Educ Couns*. 2004;52(1):3-5.
50. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;4(10).
51. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med*. 1994;39(5):655-70.
52. Gonçalves-Pereira M, Trancas B, Loureiro J, Papoila A, Miguel Caldas-de-Almeida J. Empathy as related to motivations for medicine in a sample of first-year medical students 1, 2. *Psychol Rep*. 2013;112(1):73-88.
53. Neumann M, Edelhouser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011;86(8):996-1009.
54. Kliszcz J, Hebanowski M, Rembowski J. Emotional and cognitive empathy in medical schools. *Acad Med*. 1998;73(5):541.
55. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*. 2004;38(9):934-41.
56. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Acad Med*. sept 2009;84(9):1182-91.
57. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is There Hardening of the Heart During Medical School? *Acad Med* [Internet]. 2008;83(3).
58. DiLalla LF, Hull SK, Dorsey JK. Effect of gender, age, and relevant course work on attitudes toward empathy, patient spirituality, and physician wellness. *Teach Learn Med*. 2004;16(2):165-70.
59. Chen D, Warren Hershman MD MPH, Jay Orlander MD MPH. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med*. 2007;22(10):1434-8.
60. Diseker RA, Michielutte R. An analysis of empathy in medical students before and following clinical experience. *Acad Med*. 1981;56(12):1004-10.

61. Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest. *Educ Prim Care*. 2011;22(5):297-303.
62. Quince TA, Parker RA, Wood DF, Benson JA. Stability of empathy among undergraduate medical students: A longitudinal study at one UK medical school. *BMC Med Educ*. 25 oct 2011;11(1):90.
63. Hong M, Lee WH, Park JH, Yoon TY, Moon DS, Lee SM, et al. Changes of empathy in medical college and medical school students: 1-year follow up study. *BMC Med Educ*. 2012;12(1):122.
64. Costa P, Magalhães E, Costa MJ. A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time. *Adv Health Sci Educ*. 2012;1-14.
65. Magalhães E, Salgueira AP, Costa P, Costa MJ. Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2011;11(1):52.
66. McKenna L, Boyle M, Brown T, Williams B, Molloy A, Lewis B, et al. Levels of empathy in undergraduate midwifery students: An Australian cross-sectional study. *Women Birth*. 2011;24(2):80-4.
67. Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella JS. Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Acad Med*. 2009;84(9):1192-7.
68. Schillinger M. Learning environment and Moral Development: How university education fosters moral judgment competence in Brazil and two German-speaking countries. Shaker Verlag Konstanz; 2006.
69. Giroux HA, Penna AN. Social education in the classroom: The dynamics of the hidden curriculum. *Theory Res Soc Educ*. 1979;7(1):21-42.
70. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011;86(8):996-1009.
71. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*. 1998;73(4):403-7.
72. Decety J, Yang C-Y, Cheng Y. Physicians down-regulate their pain empathy response: an event-related brain potential study. *Neuroimage*. 2010;50(4):1676-82.
73. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is There Hardening of the Heart During Medical School? *Acad Med* [Internet]. 2008;83(3).
74. Stratton TD, Saunders JA, Elam CL. Changes in medical students' emotional intelligence: An exploratory study. *Teach Learn Med*. 2008;20(3):279-84.

75. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship Between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among Internal Medicine Residents. *J Gen Intern Med*. 2005;20(7):559-64.
76. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Shanafelt TD. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Intern Med*. 2007;22(2):177-83.
77. Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad Med*. 2006;81(1):82-5.
78. Grahm D, Rebucal K, Diehl M, Lumley M, Labouvie-Vief G. Empathy across the adult lifespan: Longitudinal and experience-sampling findings. *Emotion*. 2008;8(6):753.
79. Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad Med*. 2006;81(1):82-5.
80. Marcus ER. Empathy, humanism, and the professionalization process of medical education. *Acad Med*. 1999;74(11):1211-5.
81. Konrath SH, O'Brien EH, Hsing C. Changes in dispositional empathy in American college students over time: A meta-analysis. *Personal Soc Psychol Rev*. 2011;15(2):180-98.
82. Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philos Ethics Humanit Med*. 2008;3(1):10.
83. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*. 2004;38(9):934-41.
84. Garden R. Expanding clinical empathy: An activist perspective. *J Gen Intern Med*. 2009;24:122-5.
85. Garden R. Expanding clinical empathy: An activist perspective. *J Gen Intern Med*. 2009;24:122-5.
86. Chen D, Warren Hershman MD MPH, Jay Orlander MD MPH. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med*. 2007;22(10):1434-8.
87. Boker JR, Shapiro J, Morrison EH. Teaching empathy to first year medical students: evaluation of an elective literature and medicine course. *Educ Health*. 2004;17(1):73-84.
88. Davis CM. What is empathy, and can empathy be taught? *Phys Ther*. 1990;70(11):707-11.

89. Dobie S. Reflections on a well-traveled path: self-awareness, mindful practice, and relationship-centered care as foundations for medical education. *Acad Med*. 2007;82:422-7.
90. Brock CD, Salinsky JV. Empathy: an essential skill for understanding the physician-patient relationship in clinical practice. *Fam Med*. 1993;25(4):245-8.
91. Salmon P, Young B. Core assumptions and research opportunities in clinical communication. *Patient Educ Couns*. 2005;58(3):225-34.
92. Novack DH, Epstein RM, Paulsen RH. Toward creating physician-healers: fostering medical students' self-awareness, personal growth, and well-being. *Acad Med*. 1999;74(5):516-20.
93. Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician. *JAMA J Am Med Assoc*. 1997;278(6):502-9.
94. Benbassat J, Bauml R. What Is Empathy, and How Can It Be Promoted during Clinical Clerkships? *Acad Med* [Internet]. 2004;79(9).
95. Werner ER, Korsch BM. The vulnerability of the medical student: Posthumous presentation of LL Stephens' ideas. *Pediatrics*. 1976;57(3):321-8.
96. Bombeke K, Symons L, Debaene L, De Winter B, Schol S, Van Royen P. Help, I'm losing patient-centeredness! Experiences of medical students and their teachers. *Med Educ*. 2010;44(7):662-73.
97. Teherani A, Hauer KE, O'Sullivan P. Can simulations measure empathy? Considerations on how to assess behavioral empathy via simulations. *Patient Educ Couns*. 2008;71(2):148-52.
98. Bylund CL, Makoul G. Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. *Patient Educ Couns*. 2002;48(3):207-16.
99. Charon R. Reading, writing, and doctoring: literature and medicine. *Am J Med Sci*. 2000;319:285-91.
100. DasGupta S, Charon R. Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. *Acad Med*. 2004;79(4):351-6.
101. Stepien KA, Baernstein A. Educating for Empathy. *J Gen Intern Med*. 2006;21(5):524-530.
102. Fine VK, Therrien ME. Empathy in the doctor-patient relationship: skill training for medical students. *Acad Med*. 1977;52(9):752-7.
103. Kramer D, Ber R, Moore M. Increasing empathy among medical students. *Med Educ*. 1989;23(2):168-73.

104. Evans BJ, Stanley RO, Burrows GD. Measuring medical students' empathy skills. *Br J Med Psychol.* 1993;66(2):121-33.
105. Winefield HR, Chur-Hansen A. Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry-level medical students: does knowledge of empathy increase? *Med Educ.* 2000;34(2):90-4.
106. Sanson-Fisher RW, Poole AD. Training medical students to empathize: an experimental study. *Med J Aust.* 1978;1(9):473.
107. Poole AD, Sanson-Fisher RW. Long-term effects of empathy training on the interview skills of medical students. *Patient Couns Health Educ.* 1980;2(3):125-7.
108. Boker JR, Shapiro J, Morrison EH. Teaching empathy to first year medical students: evaluation of an elective literature and medicine course. *Educ Health.* 2004;17(1):73-84.
109. Lancaster T, Hart R, Gardner S. Literature and medicine: evaluating a special study module using the nominal group technique. *Med Educ.* 2002;36(11):1071-6.
110. DiLalla LF, Hull SK, Dorsey JK. Effect of gender, age, and relevant course work on attitudes toward empathy, patient spirituality, and physician wellness. *Teach Learn Med.* 2004;16(2):165-70.
111. Henry-Tillman R, Deloney LA, Savidge M, Graham CJ, Klimberg VS. The medical student as patient navigator as an approach to teaching empathy. *Am J Surg.* 2002;183(6):659-62.
112. Wilkes M, Milgrom E, Hoffman JR. Towards more empathic medical students: a medical student hospitalization experience. *Med Educ.* 2002;36(6):528-33.
113. Shapiro J, Hunt L. All the world's a stage: the use of theatrical performance in medical education. *Med Educ.* 2003;37(10):922-7.
114. DasGupta S, Charon R. Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. *Acad Med.* 2004;79(4):351-6.
115. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educ Psychol Meas.* avr 2001;61(2):349.
116. Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ.* 25 juill 2007;7(1):24.
117. Hemmerdinger JM, Stoddart SD, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ.* 25 juill 2007;7(1):24.
118. Hojat M, Gonnella J, Mangione S, Nasca T, Veloski J, Erdmann J, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ.* juin 2002;36(6):522-7.



119. Iqbal SP. Family medicine in undergraduate medical curriculum: a cost-effective approach to health care in Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad JAMC*. déc 2010;22(4):207-9.
120. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*. 1951;16(3):297-334.
121. Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *BMC Med Educ*. 2011;11(1):54.
122. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Magee M. Physician empathy in medical education and practice: experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Seminars in Integrative Medicine*. Elsevier; 2003. p. 25-41.
123. Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS. Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Med Teach*. 2005;27(7):625-8.
124. Tavakol S, Dennick R, Tavakol M. Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *BMC Med Educ*. 2011;11(1):54.
125. Chen DC, Pahilan ME, Orlander JD. Comparing a self-administered measure of empathy with observed behavior among medical students. *J Gen Intern Med*. 2010;25(3):200-2.
126. Hasan S, Al-Sharqawi N, Dashti F, AbdulAziz M, Abdullah A, Shukkur M, et al. Level of Empathy among Medical Students in Kuwait University, Kuwait. *Med Princ Pract*. 2013;22(4):385-9.
127. Magalhaes E, Salgueira AP, Costa P, Costa MJ. Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2011;11(1):52.
128. Yarnold PR, Bryant FB, Nightingale SD, Martin GJ. Assessing physician empathy using the Interpersonal Reactivity Index: A measurement model and cross-sectional analysis. *Psychol Health Med*. 1996;1(2):207-21.
129. McGeehan J, English R, Shenberger K, Tracy G, Smego R. A community continuity programme: volunteer faculty mentors and continuity learning. *Clin Teach*. 2013;10(1):15-20.
130. Quince T, Parker R, Wood D, Benson J. Stability of empathy among undergraduate medical students: A longitudinal study at one UK medical school. *BMC Med Educ*. 2011;11(1):90.
131. Hong M, Lee WH, Park JH, Yoon TY, Moon DS, Lee SM, et al. Changes of empathy in medical college and medical school students: 1-year follow up study. *BMC Med Educ*. 2012;12(1):122.
132. Ogrinc G, Mutha S, Irby DM. Evidence for longitudinal ambulatory care rotations: a review of the literature. *Acad Med*. 2002;77(7):688-93.

133. Hasan S, Al-Sharqawi N, Dashti F, AbdulAziz M, Abdullah A, Shukkur M, et al. Level of Empathy among Medical Students in Kuwait University, Kuwait. *Med Princ Pract.* 2013;22(4):385-9.
134. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Acad Med.* sept 2009;84(9):1182-91.
135. Carmel S, Glick SM. Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Soc Sci Med.* 1996;43(8):1253-61.
136. Richter D, Kunzmann U. Age differences in three facets of empathy: performance-based evidence. *Psychol Aging.* 2011;26(1):60.
137. Lam CB, Solmeyer AR, McHale SM. Sibling relationships and empathy across the transition to adolescence. *J Youth Adolesc.* 2012;41(12):1657-70.
138. Baron S, Bourvon L. Relations entre les étudiants en médecine et l'industrie pharmaceutique en France: exposition et attitudes d'externes et d'internes lyonnais. 2012.
139. Gaucher S, Thabut D. L'enseignement et l'enseignant influencent le choix de la spécialité médicale. Enquête auprès de 207 étudiants. *Presse Médicale.* 2013;42(4):e89-95.
140. De Morlhon OF. L'empathie en DCEM2: les capacités empathiques sont-elles améliorées grâce au module« formation à la relation thérapeutique », un groupe Balint pour étudiants?: étude analytique quantitative avec groupe témoin. 2010.
141. Lelorain S, Sultan S, Zenasni F, Catu-Pinault A, Jaury P, Boujut E, et al. Empathic concern and professional characteristics associated with clinical empathy in French general practitioners. *Eur J Gen Pract.* 2013;19(1):23-8.
142. Commission IT. International guidelines on computer-based and Internet-delivered testing. *Int J Test.* 2006;6(2):143-71.
143. Cummings SM, Savitz LA, Konrad TR. Reported response rates to mailed physician questionnaires. *Health Serv Res.* 2001;35(6):1347.
144. Gough HG, Hall WB. A comparison of physicians who did or did not respond to a postal questionnaire. *J Appl Psychol.* 1977;62(6):777.
145. Hojat M. Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement, and outcomes. Springer Science & Business Media; 2007.
146. Iqbal SP. Family medicine in undergraduate medical curriculum: a cost-effective approach to health care in Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad JAMC.* déc 2010;22(4):207-9.

147. Rooks L, Watson RT, Harris JO. A primary care preceptorship for first-year medical students coordinated by an area health education center program: a six-year review. *Acad Med.* 2001;76(5):489-92.
148. McGeehan J, English R, Shenberger K, Tracy G, Smego R. A community continuity programme: volunteer faculty mentors and continuity learning. *Clin Teach.* 2013;10(1):15-20.
149. Benbassat J, Bauml R. What Is Empathy, and How Can It Be Promoted during Clinical Clerkships? *Acad Med [Internet].* 2004;79(9).
150. Ogrinc G, Mutha S, Irby DM. Evidence for longitudinal ambulatory care rotations: a review of the literature. *Acad Med.* 2002;77(7):688-93.
151. Shapiro J. How do physicians teach empathy in the primary care setting? *Acad Med.* 2002;77(4):323-8.
152. Ibarra H. Provisional selves: Experimenting with image and identity in professional adaptation. *Adm Sci Q.* 1999;44(4):764-91.
153. Rosenthal S, Howard B, Schluskel YR, Herrigel D, Smolarz BG, Gable B, et al. Humanism at Heart: Preserving Empathy in Third-Year Medical Students. *Acad Med.* mars 2011;86(3):350-8.
154. Walters K, Raven P, Rosenthal J, Russell J, Humphrey C, Buszewicz M. Teaching undergraduate psychiatry in primary care: the impact on student learning and attitudes. *Med Educ.* 2007;41(1):100-8.
155. Yuen JK, Breckman R, Adelman RD, Capello CF, LoFaso V, Reid MC. Reflections of medical students on visiting chronically ill older patients in the home. *J Am Geriatr Soc.* nov 2006;54(11):1778-83.
156. Howe A. Patient-centred medicine through student-centred teaching: a student perspective on the key impacts of community- based learning in undergraduate medical education. *Med Educ.* juill 2001;35(7):666-72.
157. Konkin J, Suddards C. Creating stories to live by: caring and professional identity formation in a longitudinal integrated clerkship. *Adv Health Sci Educ.* 2012;17(4):585-96.
158. Thomas RB, Wilson JP. Issues and controversies in the understanding and diagnosis of compassion fatigue, vicarious traumatization, and secondary traumatic stress disorder. *Int J Emerg Ment Health.* 2004;6(2):81.
159. Youssef FF, Nunes P, Sa B, Williams S. An exploration of changes in cognitive and emotional empathy among medical students in the Caribbean. *Int J Med Educ.* 2014;5:185.

## Influence du stage chez le médecin généraliste sur l'empathie des externes

**Objectif :** L'empathie est une compétence que les étudiants en médecine doivent maîtriser. En les mettant au contact d'une relation médecin-malade privilégiée et empathique, le stage chez le médecin généraliste au cours du deuxième cycle des études médicales améliore-t-il l'empathie des étudiants ?

**Méthode :** Il s'agit d'une étude cas-témoins auprès d'étudiants de deuxième cycle des études médicales. Les étudiants ayant choisi un stage chez un médecin généraliste (cas) et ceux ayant choisi un stage clinique hospitalier (témoins) ont été invités à remplir un questionnaire avant et après leur stage, qui mesurait leur empathie par la *Jefferson Scale of Physician Empathy-MS* (JSPE-MS). Le critère de jugement principal était la différence de scores à la JSPE-MS entre les deux groupes d'étudiants après le stage, ajustée sur les facteurs de confusion.

**Résultats :** 78 étudiants (31 DCEM4 et 47 DCEM3) ont été recrutés, 26 effectuant un stage de Médecine Générale et 52 un stage clinique hospitalier. Leurs scores moyens respectifs à la JSPE-MS étaient de 107.5 et 102.5 avant stage, et 112.2 et 103 après stage. Les étudiants en stage chez le praticien ont augmenté de manière plus significative leur mesure d'empathie que les externes en stage hospitalier ( $p = 0.041$ ), les résultats ayant été ajustés sur leur score d'empathie initial.

**Conclusion :** Le stage chez le médecin généraliste augmente les capacités empathiques des étudiants, ce qui renforce l'importance de son application au cours des études médicales.

**Mots clés :** empathie, étudiants en médecine, *Jefferson Scale of Physician Empathy for Medical Student*, stage en Médecine Générale

## Empathy among medical students: is it improved by clinical training in primary care? A case-control study

**Objective:** Empathy is an indispensable skill for the medical students to learn. By getting the students to witness a positive and empathic doctor-patient relationship, is their empathy improved by clinical training in primary care?

**Methods:** Case-control study with undergraduate medical students divided in two groups, one group in primary care clinical training and one control group in hospital training. Empathy level was assessed using the Jefferson Scale of Physician Empathy for Medical Student (JSPE-MS) before and after the three months of internship. The primary endpoint was the difference in JSPE-MS scale between the two groups post internship, after adjustment to allow for the multiple confusion factors.

**Results:** 78 students were recruited before their clinical training, 26 in a primary care setting, and 52 in hospital. The mean of the JSPE-MS pre internship were respectively 107.5 and 102.5, and post internship were respectively 112.2 and 103. The students in primary care clinical training increased significantly their JSPE-MS score compared to the students in hospital ( $p=0.041$ ), adjusted to their JSPE-MS score pre internship.

**Conclusion:** Scores of empathy are increased after a clinical training in primary care, which should encourage the faculty to promote the family medicine clerkship to undergraduate medical students.

**Keywords:** empathy, medical students, Jefferson Scale of Physician Empathy for Medical Student, clinical training, primary care

Université Paris Descartes  
Faculté de Médecine Paris Descartes  
15, rue de l'Ecole de Médecine  
75270 Paris cedex 06